

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N^o 581

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 17 juillet 1900 à 1 heure

Par **Marius RAMBAUD**

Né à Marseille le 23 Mai 1875

Licencié ès-sciences

Ancien externe des Hôpitaux

— * —

LA PÉRIARTHRITE
SCAPULO-HUMÉRALE

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges : } MM. GRANCHER, professeur.
MARFAN et MÈNÉTRIÈRE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical*

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1900

581

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PARIS

JOUVÉ ET BOYER

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

25, rue de la Harpe

1880

581



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 17 juillet 1900 à 1 heure

Par **Marius RAMBAUD**

Né à Marseille le 23 Mai 1875

Licencié ès-sciences

Ancien externe des Hôpitaux

—*—

LA PÉRIARTHRITE
SCAPULO-HUMÉRALE

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges : } MM. GRANCHER, professeur.
MARFAN et MÈNÉTRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



—101—
PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen. Professeurs

Anatomie.
 Physiologie.
 Physique médicale.
 Chimie organique et chimie minérale.
 Histoire naturelle médicale.
 Pathologie et thérapeutique générales.
 Pat. ologie médicale.
 Pathologie chirurgicale.
 Anatomie pathologique.
 Histologie.
 Opérations et appareils.
 Matière médicale et pharmacologie.
 Thérapeutique.
 Hygiène.
 Médecine légale.
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.
 Pathologie expérimentale et comparée.

M. BROUARDEL MM.

FARABEUF.
 CH. RICHET.
 GARIEL.
 GAUTIER.
 BLANCHARD.
 ROUCHARD.
 DEBOVE.
 HUTINEL.
 LANNELONGUE
 CORNIL.
 MATHIAS DUVAL
 TERRIER.
 POUCHET.
 LANDOUZY
 PROUST.
 BROUARDEL.
 BRISSAUD.
 CHANTEMESSE

Clinique médicale.

POTAIN.
 JACCOUD.
 HAYEM.
 DIEULAFOY
 GRANCHER.

Maladie des enfants.
 Clinique de pathologie mentale et des maladies de
 l'encéphale.

JOFFROY.
 FOURNIER.
 RAYMOND.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
 Clinique des maladies du système nerveux.

BERGER.
 DUPLAY.
 LE DENTU
 TILLAUX.

Clinique chirurgicale.

Clinique ophthalmologique.
 Clinique des maladies des voies urinaires.
 Clinique d'accouchements.

PANAS.
 GUYON.
 BUDIN.
 PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD
 ALBARRAN
 ANDRE
 BONNAIRE
 BROCA (AUG.)
 BROCA (ANDRÉ)
 BHARRIN
 CHASSEVANT
 DELBET

DESGREZ
 DUPRÉ
 FAURE
 GAUCHER
 GILLES DE LA
 TOURETTE
 HARTMANN
 LANGLOIS
 LAUNOIS
 LEGUEU

LEJARS
 LEPAGE
 MARFAN
 MAUCLAIRE
 MENETRIER
 MERY
 ROGER
 SEBILEAU
 TEISSIER
 THIERY

THIROLOIX
 THOINOT
 VAQUEZ
 VARNIER
 WALLICH
 WALTHER
 WIDAL
 WURTZ

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

LA PERIARTHRITE

ET DE LA PERIARTHRALGIE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

LA PÉRIARTHRITE

SCAPULO - HUMÉRALE

Avant de commencer ce modeste travail, qu'il nous soit permis de remplir un devoir de reconnaissance. Nous avons eu, pendant notre externat, l'honneur d'être l'élève de M. le Dr Claisse, à la consultation médicale de l'hôpital Laënnec. C'est lui qui, non content de nous fournir le sujet de notre thèse, a bien voulu encore nous guider de ses conseils. Nous le prions d'accepter l'expression de notre profond respect et de notre absolu dévouement.

Nous avons été assez heureux pour être, à l'hôpital Saint-Louis, l'élève de M. le Dr Ducastel. Qu'il nous permette de lui adresser ici nos respectueux remerciements.

Enfin, en acceptant la présidence de notre thèse, M. le professeur Hutinel nous a fait un honneur dont nous sentons tout le prix.

INTRODUCTION

Depuis le mémoire de M. Duplay, paru en novembre 1872, on désigne sous le nom de périarthrite scapulo-humérale l'inflammation aiguë ou chronique des bourses séreuses qui entourent l'articulation de l'épaule, la *bursite* de l'épaule (Lejars). En réalité, dans son mémoire, M. Duplay ne visait qu'une forme un peu spéciale de l'affection : la forme fibreuse. Mais le nom qu'il lui donnait, ne préjugant ni la forme ni le siège de l'affection, avait le grand avantage « de s'appliquer « à toutes les variétés qu'elle peut offrir et de laisser « au clinicien le soin de faire cette localisation pour « chacun des cas dont il est témoin, tout en lui permettant d'invoquer, point capital, l'existence d'une « lésion extra-articulaire, beaucoup moins grave et « moins sérieuse que ne le serait la lésion articulaire, « à laquelle la douleur la fait ressembler » (Gosselin).

Ayant eu l'occasion, pendant notre externat dans les hôpitaux, d'observer quelques cas de périarthrite scapulo-humérale, nous avons eu l'idée de faire de cette affection le sujet de notre thèse inaugurale. La fréquence de la périarthrite, la multiplicité de ses causes, la variété de ses formes, la netteté de ses symptômes, et

surtout la gravité relative de son pronostic nous ont paru des raisons suffisantes pour légitimer notre choix.

La péri-arthrite scapulo-humérale est, en effet, loin d'être une rareté. Nous éliminons, bien entendu, tous cas où la lésion péri-articulaire n'est qu'un épiphénomène survenu au cours d'une lésion intra-articulaire : arthrite traumatique, tumeur blanche, etc... Il est bien évident que, dans ces cas, la lésion articulaire prime tout. Nous ne voulons parler ici que de la péri-arthrite en tant qu'affection isolée. Même ainsi comprise, elle est fréquente, « extrêmement fréquente », dit M. Duplay, « il ne se passe pas de mois qu'on n'ait l'occasion d'en observer quelque cas à la consultation d'un des grands hôpitaux de Paris ». Et à côté des cas traités, combien de cas méconnus ! Il est, en effet, des formes légères, bénignes en apparence, ne se manifestant à leur début que par une faible douleur, quelque gêne dans les mouvements. Le malade insouciant prononce le mot de rhumatisme, ce mot si vague qui cache souvent tant d'inconnu. Il néglige de rendre visite au médecin. Du reste, les phénomènes douloureux s'amendent ; la maladie semble régresser, il est même des cas heureux où l'affection est enrayée dans sa marche... Mais trop souvent, six semaines, deux mois, trois mois après cette phase aiguë, le malade s'aperçoit que certains mouvements lui sont devenus impossibles. Le médecin enfin appelé constate alors une atrophie des muscles de l'épaule, atrophie plus ou moins complète, toujours difficilement curable,

quelquefois même incurable. Ainsi atrophie de la musculature de l'épaule et du bras, impotence presque complète du membre supérieur, tel est l'aboutissant normal de la maladie qui nous occupe. En niera-t-on l'importance ?

Nous nous proposons d'esquisser ici à grands traits l'histoire, la symptomatologie, l'étiologie, le pronostic et le traitement de la périarthrite scapulo-humérale. A côté de la forme la plus fréquente de la maladie, la forme fibreuse, que l'on pourrait aussi appeler la forme sèche (Chauvel), nous avons pensé qu'il serait intéressant de rassembler les quelques rares cas de périarthrite infectieuse à exsudat que nous avons pu recueillir dans les divers auteurs. Peut-être reprochera-t-on à notre travail de manquer d'unité. Mais, s'il est vrai qu'il existe entre ces diverses formes de l'affection des différences notables d'étiologie et d'évolution, la symptomatologie, elle, reste toujours identique au moins dans ses grandes lignes, et c'est à ce point de vue surtout que nous avons voulu nous placer.

APERÇU HISTORIQUE

La périarthrite scapulo-humérale est encore une nouvelle venue en pathologie. Il y a moins de trente ans en effet qu'elle a pris rang dans nos traités classiques.

Les anciens auteurs en avaient pourtant observé et relaté plusieurs cas, ne laissant aucun doute sur la nature périarticulaire de l'affection. Ils en décrivent fidèlement les symptômes, mais se trompent lorsqu'il s'agit d'en localiser la lésion. Cowper, dans sa *Myotomia reformatâ* (1694) raconte l'histoire suivante. « Un cas extraordinaire, dit-il, s'est présenté dans notre pratique. Une femme qui vint nous consulter trois jours après l'accident, pensait s'être démis l'épaule en tordant du linge qu'elle venait de laver. Elle racontait qu'en roidissant le bras dans un mouvement de torsion, elle avait senti dans l'épaule quelque chose qui s'était déplacé. Examen fait de la région, nous constatâmes qu'il n'y avait point de luxation, mais observant une dépression sur la partie externe du muscle deltoïde et d'ailleurs la partie inférieure du biceps étant rigide en même temps que le coude ne pouvait être étendu, nous soupçonnâmes que le tendon de la longue portion du biceps avait glissé hors de la coulisse humérale, quoique

cependant nous n'eussions jamais vérifié ce fait. Le moignon de l'épaule était le siège d'une légère inflammation, la malade s'était servie de son bras quelques instants auparavant. C'est pourquoi nous conseillâmes l'application d'un topique émollient et le repos. Nous trouvâmes le lendemain ce que nous avions soupçonné, et en imprimant au bras des mouvements en sens divers, le tendon se remit en place et la malade recouvra immédiatement l'usage de son membre. »

Bromfield (*Chirurgical observations and cases* 1773) affirme que quelques chirurgiens ont vu, par suite de la luxation du tendon dont il s'agit hors de sa coulisse, une immobilité de l'épaule avec douleur très violente et qu'ils avaient fait cesser en imprimant à la tête de l'humérus des mouvements de rotation dans divers sens pendant que l'avant-bras était fléchi et que des doigts de l'autre main ils remplaçaient le tendon dans sa coulisse.

Monteggia, dans ses *Institutioni chirurgiche* (1803) dit avoir eu l'occasion de voir une femme âgée, qui étant soutenue par le bras au moment de faire une chute éprouva une forte douleur à la partie supérieure de ce membre, douleur qui ne cessa qu'au moment où cette femme sentit revenir à sa place quelque chose de déplacé. Depuis lors, elle eut bien souvent, pour les causes les plus légères, un semblable accident. Chaque fois qu'elle ressentit de nouveau de la douleur dans ce point, elle appuyait la main correspondante sur l'épaule d'une autre personne, et dans cette attitude élevée du bras, en relâchant peut-être la partie supérieure du biceps, elle sentait revenir à sa place le

tendon de la longue portion de ce muscle, et en même temps la douleur disparaissait.

En somme, douleur vive dans le moignon de l'épaule, sensation de déplacement dans la profondeur, gêne plus ou moins grande des mouvements, rigidité du biceps, voilà quels étaient les principaux symptômes qui faisaient admettre aux anciens auteurs une luxation du long tendon du biceps. Mais la preuve matérielle de la lésion leur faisait complètement défaut.

La luxation simple du long tendon du biceps est-elle possible ? Les cas de Stanley (*London medical Gazette* t. III 1829), de John Gregory Smith (*London med. Gazette* 1833-1834), de John Soden (1841) sont loin d'être péremptoires, malgré la présentation des pièces. Dans les uns en effet on observe une simple dilatation de la gaine fibreuse du tendon, dans les autres la luxation du tendon est évidente, mais a été produite par une luxation de l'épaule. La luxation simple et isolée du long tendon du biceps n'était qu'une hypothèse erronée dont Jarjavay fit justice.

En mai 1867, Jarjavay publiait dans la *Gazette hebdomadaire* un article fort intéressant où il démontrait par une discussion serrée que la lésion péri-articulaire, autrefois rapportée à une luxation tendineuse, devait être considérée comme une inflammation de la vaste bourse séreuse qui existe normalement sous les faisceaux musculaires du deltoïde entre la voûte acromio-coracoïdienne et les tubérosités humérales. Il relatait à cet effet cinq observations dont une, relative à un hygroma, lui servait à démontrer par la simi-

litude des symptômes, la similitude de la lésion.

Jarjavay avait étudié l'inflammation aiguë de la bourse séreuse sous-deltôïdienne. En novembre 1872, M. Duplay publiait dans les *Archives générales de Médecine et de chirurgie* un mémoire dans lequel, s'appuyant sur huit observations, il décrivait les symptômes de l'inflammation chronique de la bourse séreuse, les adhérences fibreuses qui en étaient la conséquence, et désignait l'affection sous le nom de périarthrite scapulo-humérale qu'elle a gardé depuis.

Ce mémoire avait à peine paru qu'une thèse écrite sous l'inspiration du professeur Gosselin, en infirmait les conclusions. L'auteur de ce travail, (*Essai sur la scapulalgie* par E. Duronéa, Paris 1873), cherchait à établir que les symptômes rapportés par M. Duplay à une inflammation de la bourse séreuse sous-acromio-deltôïdienne n'étaient autres que ceux de l'arthrite vraie, plastique et ankylosante, de la scapulalgie en un mot, ainsi qu'il l'appelait.

Peu après cependant, les idées du professeur Gosselin se modifièrent ; non seulement, il reconnut pour vraie la périarthrite scapulo-humérale, mais il décrivit lui-même celle du genou.

M. Duplay avait surtout envisagé la périarthrite dans sa forme chronique, la seule qui intéresse réellement le chirurgien. Gauthier, son élève, dans sa thèse parue en 1875, développe dans le même sens les idées du maître. Comme lui, il considère les différents traumatismes comme les causes presque exclusives de l'affection. Desplats, de Lille, dans un article publié dans la *Ga-*

zette hebdomadaire de 1878, s'insurgeant un peu contre les préoccupations trop chirurgicales de l'article de M. Duplay, revendiqué pour le rhumatisme articulaire sous ses différentes formes, aiguë, subaiguë et chronique; une large place dans l'étiologie de la périarthrite.

Désormais celle-ci a droit de cité. Mais le mémoire de M. Duplay en a décrit avec tant de précision les différents symptômes, fixé si magistralement le pronostic et le traitement que peu de travaux paraissent sur ce sujet. Il faut citer pourtant le remarquable article de Chauvel (*Dictionnaire Encyclopédique. Art. Scapuloalgie*). Dans son ouvrage sur les périarthrites (*Montpellier médical*, 1880), Roustan néglige la périarthrite scapulo-humérale. Quant au travail de Gibney paru en 1880 à New-York et intitulé : *Périarthritis. A study of forty seven cases*, nous n'avons pu, à notre grand regret, nous le procurer. Enfin Vautrin (*Eléments de pathologie et de clinique chirurgicale*, Gross, Rohmer, et Vautrin, t. III), et M. Kirmisson. (*Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus) ont consacré chacun un intéressant chapitre à l'étude de cette forme de la périarthrite que nous pourrions appeler la forme sèche.

Cette forme n'est pas la seule. En dehors des hydroisies simples de la bourse séreuse sous-deltaïdienne, il est des inflammations qui aboutissent à la formation d'exsudats variés : séreux, tuberculeux, purulents, etc. Cette forme de périarthrite, désignée le plus souvent sous le nom d'hygroma, a donné lieu à d'assez nombreuses publications. Loin de nous la prétention d'en

donner ici l'énumération complète. Lorsque nous aurons cité les travaux d'Alphonse Robert (*Conf. de clinique chirurgicale*, Hôtel-Dieu 1860), de Sydney Jones (*The Lancet*, London, 1869), de Gosselin (*Cliniques de la Charité*, 1869), de Wadon (th. de Montpellier ; 1880), de Besnard (th. de Bordeaux, 1887), et enfin le cas fort intéressant de périarthrite scapulo-humérale suppurée d'origine pneumococcique publié par M. Vidal, dans la *Gazette hebdomadaire* (1896), nous aurons terminé le rapide exposé historique de la question qui nous occupe.

ANATOMIE

Avant de commencer l'étude des périarthrites, il nous paraît indispensable de présenter un rapide aperçu de la région de l'épaule et des bourses séreuses qu'on y rencontre.

L'articulation scapulo-humérale est en rapport immédiat avec un cône musculo-tendineux formé de quatre muscles qui vont de l'omoplate aux tubérosités de l'extrémité supérieure de l'humérus. Ces muscles sont: le sous-scapulaire, qui recouvre la partie antérieure de la capsule et la pénètre; le sus-épineux qui couvre la partie supérieure; le sous-épineux et le petit rond qui revêtent la partie postérieure.

« Ainsi revêtue de sa coiffe musculo-tendineuse, la
« tête humérale entre en contact supérieurement avec
« la voûte ostéo-fibreuse que forment l'acromion et la
« coracoïde reliés par le ligament acromio-coracoïdien.
« Cette voûte surplombe comme un auvent la cavité
« glénoïde, agrandissant par ce fait la cavité de récep-
« tion et de protection de la tête humérale. La voûte
« acromio-coracoïdienne est prolongée en dehors, en
« avant, et en arrière par le triangle musculaire du
« deltoïde qui achève l'enveloppement de l'article. Au-

« dessous du muscle un mince feuillet aponévrotique
« continue le ligament acromio-coracoïdien. Toutes ces
« parties sont en contact immédiat avec l'articulation
« et les frottements de la tête humérale sur cette en-
« veloppe ont créé une grande séreuse, la séreuse
« sous-delhoïdienne » (Poirier. *Anatomie*).

En effet, lorsqu'après avoir séparé le deltoïde de la ligne d'insertion humérale on le récline en haut, on aperçoit tout d'abord en bas et en dehors du tendon du sus-épineux une couche abondante de tissu cellulaire qui isole le deltoïde de la face externe de la capsule articulaire et dans lequel rampent les vaisseaux et les nerfs circonflexes. Cette couche recouvre la capsule, la tête et la partie supérieure de l'humérus et s'étend au-dessous du deltoïde jusqu'à son insertion. Ce tissu cellulaire lamineux, lâche, extensible, peut être à bon droit considéré comme une vaste bourse séreuse cloisonnée. Son étendue et son épaisseur, fort variables, sont en rapport avec le degré de mobilité de l'article, et il est fréquent même de trouver non plus du tissu cellulaire lâche, mais une véritable bourse séreuse chez les individus dont la profession exige des mouvements fréquents et violents d'élévation et de rotation du bras.

Si maintenant, enlevant complètement le deltoïde, nous regardons plus en haut et en dedans, nous apercevons entre la voûte acromio-coracoïdienne d'une part, les tubérosités de l'humérus et le manchon capsulaire, d'autre part, une large bourse séreuse, la bourse sous-acromio-delhoïdienne. C'est la synoviale d'une véritable

articulation existant entre la tête humérale et la face inférieure de la voûte acromio-coracoïdienne excavée pour la recevoir. Voici la description qu'en donne Gauthier : « Le deltoïde étant enlevé, le bras placé dans « l'adduction et appliqué contre le tronc, on a sous les « yeux cette bourse séreuse. Voici comment elle se « présente dans son aspect extérieur : à partir du bord « externe du ligament acromio-coracoïdien que l'on « distingue parfaitement au blanc nacré de ses fibres, « et à la résistance que ces dernières opposent à l'incision, on voit un tissu cellulaire, dense, serré, qui « s'étend de ce bord sur la capsule articulaire où il « offre le plus d'épaisseur, environ six à huit dixièmes « de millimètre, allant recouvrir la face supérieure et « la face externe de la grosse tubérosité de l'humérus ; « mais à partir du bord externe de cette tubérosité, ce « tissu cellulaire qui forme une des parois de la bourse « s'amincit, devient transparent, et ne présente pas « plus d'épaisseur qu'une feuille de baudruche. A partir de ce point, qui est situé à quatre centimètres « environ de la face supérieure du trochiter, cette paroi se continue avec le tissu cellulaire sous-deltoïdien « en avant et en arrière.

« Cette bourse peut être considérée comme un dédoublement de la membrane fibro-celluleuse d'enveloppe commune à l'articulation et aux muscles qui entourent celle-ci, dédoublement en deux feuillets qui se continuent avec l'aponévrose d'enveloppe du muscle sus-épineux, après s'être accolés l'inférieur à la cap-

« sule articulaire, le supérieur à la face inférieure de
« la voûte acromio-coracoïdienne ».

Au milieu de ce tissu cellulaire, à la face externe du trochiter et à trois centimètres environ de son bord supérieur, se trouve le nerf circonflexe, dont la présence est importante à signaler, car elle nous rendra compte des douleurs que nous rencontrerons exactement à ce niveau.

Comme le tissu cellulaire sous-delhoïdien, la bourse séreuse a des dimensions fort variables. M. Tillaux lui assigne une capacité pouvant aller normalement jusqu'à 30 centimètres cubes, et Gauthier lui a trouvé une largeur de 5 centimètres à sa partie supérieure, de 2 cent. 5 à sa partie inférieure, sur une hauteur de 7 centimètres.

Elle communique exceptionnellement avec la synoviale articulaire.

On trouve encore dans la région d'autres séreuses de moindre importance. Enumérons-les :

1° La bourse séreuse du sous-scapulaire, située entre la face profonde du tendon sous-scapulaire, le col de l'omoplate et la partie correspondante de la capsule, elle s'étend en dedans jusque dans la fosse sous-scapulaire sous la forme d'un prolongement digitiforme. Cette séreuse communique le plus souvent chez l'adulte avec le prolongement sous-scapulaire de la grande synoviale.

2° La bourse sous-coracoïdienne, souvent réunie à la précédente, située entre l'apophyse coracoïde et le bord supérieur du sous-scapulaire. Elle est créée par

les frottements du tendon sur la face humérale de l'apophyse ;

3° Une bourse séreuse moins constante est située entre la face antérieure du sous-scapulaire et la petite tubérosité d'une part et la face postérieure des tendons réunis du coraco-brachial et du biceps d'autre part. Elle s'étend en haut sous l'apophyse coracoïde. Elle communique souvent avec la grande séreuse sous-delhoïdienne. (Poirier, *Anatomie*).

Remarquons la richesse en séreuses de la région qui avoisine l'apophyse coracoïde. Nous ne nous étonnerons donc pas si cette région est souvent le siège d'un point douloureux dans le cas de périarthrite.

A côté de ces bourses séreuses toujours primitivement indépendantes, la grande synoviale articulaire pousse encore plusieurs prolongements, de forme et de volume variables. Nous nous bornerons à en citer deux : le premier qui écarte les faisceaux de la capsule au niveau du tendon du sous-scapulaire ; le second long de 3 à 5 centimètres qui descend dans la coulisse bicipitale autour du tendon de la longue portion du biceps. Ces prolongements sont fort intéressants à connaître car de même que les communications anormales des bourses séreuses avec la synoviale articulaire, ils nous expliquent la possibilité de l'extension du processus phlegmasique à l'articulation elle-même dans certains cas de périarthrite.

PHYSIOLOGIE

L'articulation de l'épaule est remarquable par l'étendue de ses mouvements. En réalité nous devrions dire : les articulations de l'épaule. Rappelons, en effet, qu'à côté de la grande articulation gléno-humérale, nous avons trouvé une deuxième articulation, l'articulation acromio-humérale, avec la bourse séreuse sous-delloïdienne pour synoviale. De plus, la plupart des mouvements ne se limitent pas à ces deux articulations ; ils se passent encore en partie dans les articulations acromio-claviculaire et surtout sterno-claviculaire. On voit à quelles difficultés se heurte celui qui veut analyser avec quelque précision un mouvement quelconque de l'épaule. « On a voulu faire », dit Poirier « le départ de ce qui revenait à l'humérus et à la ceinture thoracique que dans ce mouvement si étendu d'abduction. Cela n'est guère facile, pour ne pas dire impossible. » Essayons pourtant d'étudier les deux mouvements qui nous intéressent le plus, étant donné notre sujet : le mouvement d'abduction ou d'élevation, et le mouvement d'extension en arrière.

Lorsque se plaçant derrière un sujet sain, on lui fait exécuter des mouvements d'abduction avec lenteur voici d'après Gauthier ce que l'on constate : « L'humé -

rus s'éloigne du tronc et atteint l'horizontale sans que la pointe de l'omoplate fasse la moindre saillie sous la peau. A partir de 90° seulement, lorsque la rencontre de la grosse tubérosité et de la voûte coraco-acromiale établit la limite de ce mouvement, on voit l'angle inférieur du scapulum décrire un arc de cercle, son angle interne restant immobile et servant de centre de mouvement. Grâce à cela, le bras peut être élevé jusqu'à la rencontre de la partie latérale, postérieure de la tête, bien au-delà de la verticale.

« Voyons maintenant ce que l'on observe lorsqu'on a enlevé le deltoïde et que l'on fait exécuter à l'humérus le mouvement d'abduction. Ce mouvement se passe tout entier dans l'articulation scapulo-humérale jusqu'à 45° . Au delà de cet angle, on voit la paroi de la bourse séreuse se plisser sur la face externe de la grosse tubérosité, et le pli est d'autant plus prononcé que l'angle formé par le bras et le tronc augmente.

En somme, à partir de 45° , le mouvement d'abduction se passe et dans l'articulation scapulo-humérale et dans la voûte acromio-coracoïdienne. Et si maintenant, on fixe au moyen d'une forte épingle, les parois de la séreuse contre le trochier, on constate que le mouvement d'abduction n'est plus possible sans que l'omoplate soit entraînée à partir de 45° . »

Ainsi pour Gauthier (et M. Duplay l'avait déjà indiqué) chez tous les sujets sains le mouvement d'abduction se passe tout entier dans l'humérus sans déplacement concomitant du scapulum, jusqu'à l'horizontale.

Nous pensons qu'il faudrait peut-être faire ici la part des variations individuelles.

Nous avons examiné à ce sujet plusieurs épaules saines. Si la plupart nous ont permis de vérifier l'exactitude de la loi énoncée par Gauthier, il est certain que chez quelques-unes le mouvement du scapulum entraîné se dessinait bien avant l'horizontale. Répétons-le, nous avons le droit de considérer ces sujets comme des sujets sains, aucun trouble actuel ou éloigné ne nous permettant de songer à une affection soit articulaire, soit péri-articulaire. Peut-être ces différences tenaient-elles à un volume plus considérable des tubérosités humérales entraînant plus rapidement la voûte acromio-coracoïdienne ? Ou bien même à une légère déviation de l'acromion ? Nous ne saurions le dire. Mais cette remarque, qui n'infirme en rien du reste la vérité générale des faits énoncés plus haut, nous défendra d'accorder à des expressions peut-être un peu trop mathématiques, une précision absolue.

Ainsi dès que le mouvement d'abduction a porté le bras vers 45 degrés, la bourse sous-deltaïdienne commence à se plisser. Portons le bras en arrière, nous sentirons alors les tubérosités humérales glisser sous la séreuse et venir faire en avant une saillie très appréciable au doigt. Si maintenant, le bras restant en arrière dans l'extension, nous saisissons la main correspondante et la plaçons en arrière, au niveau des reins, l'extrémité supérieure de l'humérus, animée d'un mouvement de rotation interne, vient froncer fortement

les parois de bourse sous-delhoïdienne. Nous noterons que dans ce mouvement, le scapulum ne subit qu'un déplacement insignifiant, sa mobilité ne pouvant ici aider que fort peu au mouvement de l'humérus.

Nous comprendrons l'importance de cette remarque lorsque nous étudierons les symptômes de la périarthrite scapulo-humérale.

On voit en résumé le grand rôle joué par la bourse sous-delhoïdienne dans les deux mouvements d'élévation et d'extension en arrière. On ne s'étonnera donc pas de voir ces deux mouvements fortement compromis dans la maladie qui nous occupe.

SYMPTOMATOLOGIE

Quelle que soit la variété de la périarthrite scapulo-humérale, qu'il s'agisse d'une périarthrite accompagnée ou non d'exsudat, qu'elle soit consécutive à un trauma, ou sous la dépendance d'un état infectieux, trois symptômes principaux s'imposent à notre attention. Ce sont la douleur, l'impotence partielle du membre, enfin l'atrophie plus ou moins complète et plus ou moins précoce de la musculature de l'épaule et du bras. Etudions-les en détail.

Douleur. — La douleur dans la périarthrite peut présenter tous les degrés et tous les caractères. Tantôt aiguë, diffuse, tenace, rebelle à tout traitement, à peine calmée par le repos complet du membre, entraînant l'insomnie comme dans quelques cas de périarthrite aiguë accompagnée d'épanchement purulent dans la bourse sous-deltôïdienne ; tantôt au contraire à peine sensible, ne s'accusant que par la pression en certains points déterminés, ou au cours de certains mouvements, telle la douleur de la périarthrite fibreuse à sa phase chronique. Dans le premier cas nous assistons en somme à l'évolution d'un phlegmon. La douleur aiguë et tenace s'accompagne de rougeur de la

peau et de gonflement au niveau de la bourse séreuse, ainsi que d'un accroissement de la température locale et générale. On pourra à un moment donné percevoir de la fluctuation profonde. Mais le plus souvent il n'en est pas ainsi : le processus inflammatoire n'amène ni déformation notable, ni rougeur, ni chaleur.

La douleur ne s'éveille guère que si le doigt vient presser en quelques points précis ; au niveau de la bourse séreuse enflammée, à 4 centimètres environ au-dessous de l'acromion sur le côté externe du bras, aux attaches inférieures du deltoïde (V. deltoïdien) et immédiatement au-dessous de l'apophyse caracoïde, (nous avons vu qu'on rencontrait fréquemment à ce niveau une séreuse communiquant avec la bourse sous-deltoïdienne). Le pli du coude semble être souvent aussi le point de départ d'une sensation douloureuse. En aucun cas la pression directe de la tête humérale dans le creux axillaire ne paraît douloureuse, et cette simple constatation nous suffira pour éliminer le diagnostic d'arthrite.

En somme, le caractère le plus fréquent de la douleur est celui de douleur névralgique accusée en quelques points déterminés.

Dans le domaine de la sensibilité, on peut trouver encore, et ceci est surtout fréquent dans la maladie de Duplay (la périarthrite chronique fibreuse), de l'en-gourdissement, des fourmillements des doigts, de l'œdème, la paralysie radiale, des troubles de sensibilité et de motilité dans le bras, l'avant-bras et la main. Ces troubles qui paraissent surtout intenses dans la zone

innervée par le brachial cutané interne, sont très probablement dus, comme nous le verrons, à la compression des nerfs par du tissu fibreux de nouvelle formation.

C'est en grande partie la douleur qui, au début du moins, entraîne l'attitude particulière du membre atteint de périarthrite. Le malade se présente souvent avec l'attitude longtemps considérée comme caractéristique de la fracture de la clavicule : l'épaule abaissée (elle est quelquefois, au contraire, un peu élevée), le bras pendant le long du tronc, l'avant-bras en demi flexion et soutenu par l'avant-bras du côté sain. Dites au malade de faire agir son membre et vous constaterez alors que les divers mouvements sont devenus les uns difficiles, les autres complètement impossibles.

Troubles des mouvements. — Si, le bras restant en rectitude le long du tronc, nous imprimons à l'humérus de légers mouvements autour de son axe, nous n'éveillons aucune douleur. Si nous portons ou prions le malade de porter le bras en avant, en arrière, nous constatons que l'amplitude de ces mouvements est assez peu diminuée, et la douleur ne vient arrêter le patient que lorsque l'angle fait par le bras avec la verticale atteint 60° et davantage. Faisons maintenant porter le bras en abduction, et nous serons étonnés de voir la facilité relative avec laquelle le malade pourra élever son membre. C'est même cette apparente facilité qui fait souvent porter au médecin un diagnostic erroné. Mais il n'y a là qu'une apparence : il est indispensable,

en effet, d'examiner le malade déshabillé et de se placer derrière lui. Dans ces conditions, voici ce que l'on observe. Prenons d'abord le côté sain et fixons les yeux sur l'omoplate : le bras s'élève lentement jusqu'à l'horizontale, la pointe de l'omoplate ne change pas de place, mais l'élévation continuant et à partir seulement de l'angle droit, la pointe du scapulum décrit un arc de cercle et se porte en dehors et en avant. Passons au côté malade et faisons le même examen : jusqu'à 45° le malade exécute le mouvement sans que l'omoplate se déplace, mais au-delà, lorsque la douleur n'arrête pas le patient, on voit manifestement cet os venir faire sur la partie latérale du thorax une saillie de plus en plus accentuée. C'est donc la mobilité de l'omoplate qui seule rend possible le mouvement.

Mais il est un mouvement plus difficile encore à une épaule atteinte de péri-arthrite, le plus souvent même impossible : *Le malade ne peut porter la main en arrière au niveau de la ceinture.* Ce mouvement, nous l'avons vu, nécessite au plus haut point l'intégrité de la bourse sous-deltaïdienne. La moindre lésion de celle-ci aura donc pour effet immédiat de l'entraver. Si nous avons affaire à une femme, elle ne pourra par exemple *porter la main en arrière pour retrousser sa jupe.* Si c'est un homme, *il lui sera impossible de boutonner en arrière ses bretelles.* L'impossibilité d'accomplir ce mouvement que nous appellerions volontiers le *mouvement de bretelle*, impossibilité que nous avons relevée dans tous les cas qu'il nous a été donné d'observer, est à peine notée par MM. Duplay et

Gauthier, qui ont accordé au contraire toute leur attention au trouble que présente le mouvement d'abduction du bras. Nous venons de voir pourtant, que ce dernier étant très possible à la condition que l'omoplate soit suffisamment mobile sur le thorax, il y a là une cause d'erreur qui peut passer inaperçue aux yeux d'un praticien non prévenu, lequel ne songera pas toujours à faire revêtir le malade jusqu'à la ceinture. Dans le mouvement de brette au contraire, aucune suppléance possible du côté du scapulum ou du moins aucune suppléance appréciable. Ordonnez au malade de porter la main au niveau du rachis et le degré de difficulté du mouvement vous renseignera immédiatement et exactement sur le degré de la péri-arthrite.

Crépitacion. — Un autre symptôme, moins fréquent, n'en présente pas moins lorsqu'il existe une grande importance. « Deux fois sur dix, dit M. Duplay, j'ai constaté une crépitation plus ou moins forte dans les divers mouvements spontanés ou provoqués de l'épaule, crépitation dont les malades ont parfaitement conscience et qu'ils disent souvent avoir éprouvée pendant une certaine période de leur maladie et même alors qu'elle n'existe plus ». Cette crépitation, déjà signalée par Jarjavay, se manifeste au moment où le bras porté dans l'abduction est assez élevé pour que le trochiter glisse sous le bec acromial.

On la produit encore, quand le bras étant maintenu dans l'horizontale, on imprime à l'humérus des mouvements de rotation, soit en dedans soit en dehors.

c'est-à-dire quand on fait glisser la partie froncée de la bourse séreuse entre l'acromion et le trochiter. C'est là un symptôme particulier aux formes sèches de la périarthrite. Il est bien évident que le moindre épanchement écartant l'une de l'autre les faces opposées de la séreuse, rendra impossible toute crépitation. De plus ce signe fait souvent défaut (nous ne l'avons pour notre part jamais rencontré), à moins d'anesthésier le malade pour relâcher les muscles. La douleur en effet ne permet de mobiliser le membre que dans des limites si restreintes qu'elles ne sauraient permettre aux frottements et aux bruits anormaux de se produire.

Alors même que ces mouvements seraient plus étendus, les craquements n'en feraient pas moins défaut dans la plupart des cas par la raison très simple que dès qu'on cherche à écarter le bras du tronc, le malade raidit instinctivement ses muscles pour immobiliser l'épaule, si bien que tous les mouvements se passent dès lors dans l'articulation sterno-claviculaire. Il faut donc de toute nécessité anesthésier le malade pour mobiliser l'épaule, si l'on veut constater ces craquements. On est alors sûr de les rencontrer.

Les symptômes que nous venons d'énumérer ne sont pas les seuls. Nous avons signalé plus haut l'attitude ordinaire de l'avant-bras en demi-flexion. A un certain moment de la maladie elle trouve son explication dans la contracture musculaire. « On peut dire qu'il n'y a
« pas de périarthrites sans contracture. Elle se mani-
« feste surtout du côté des muscles de l'aisselle, grand
« pectoral d'une part, grand dorsal et grand rond d'au-

« tre part, et aussi du côté du biceps. Le bras est im-
« mobilisé dans l'adduction par les premiers, et l'avant-
« bras dans la demi-flexion par le second. Il suffit de
« chercher soit à écarter l'un soit à étendre l'autre
« pour voir aussitôt les muscles former corde sous la
« peau et opposer une résistance presque invincible à
« la manœuvre » (Chauvel).

L'atrophie musculaire. — A ce spasme musculaire succèdent plus tard la rétraction et l'atrophie. Celle-ci frappe la plupart des muscles de l'épaule en commençant par le deltoïde. Celui-ci plus ou moins réduit d'épaisseur se plaque sur l'humérus avec lequel il semble faire corps. Les muscles qui forment la paroi de l'aisselle sont, dans certains cas de péri-arthrite sèche, tellement atrophiés, sclérosés et rétractés, qu'ils ont la rigidité et la consistance du bois (Chauvel). De plus les fosses sus et sous-épineuse s'excavent peu à peu à mesure que s'atrophient les muscles qui y sont logés.

Cette atrophie est fort variable dans son apparition ; tantôt tardive, n'apparaissant qu'au bout de six semaines à deux mois, pouvant même quelquefois faire défaut ; tantôt précoce ; dans certains cas foudroyante (à peine une semaine). Toutes les lésions d'une articulation ou des tissus qui l'entourent s'accompagnent plus ou moins, on le sait, d'atrophie des muscles destinés à la mouvoir. Il nous suffira par exemple de rappeler avec quelle rapidité l'hygroma pré-rotulien entraîne l'atrophie du quadriceps fémoral. Il se passe dans la péri-arthrite scapulo-humérale un phénomène absolument identique,

et il nous a paru intéressant de résumer ici les principales théories qui ont cherché à l'expliquer.

Les causes de l'atrophie. — La première et la plus simple explique l'atrophie par l'immobilité. Cette théorie de l'inertie fonctionnelle est la plus ancienne et la plus généralement admise. C'est elle qu'invoque M. Duplay. Tout organe devenu inerte est voué à la dégénérescence et à l'atrophie, et cette atrophie est d'autant plus rapide et plus complète que l'organe atteint était plus actif. C'est là une loi générale. Douleur, inertie fonctionnelle, atrophie, seraient les anneaux étroitement unis d'une même chaîne pathologique.

Mais cette théorie a de bonne heure trouvé des adversaires. « Il est à peine besoin, dit Valtat dans sa « thèse inaugurale (Paris 1877), d'insister sur le peu « de valeur de cette assertion, et entre tant d'arguments bien propres à démontrer son inanité, nous « nous bornerons aux suivants, qui d'ailleurs nous paraissent péremptoires. Et tout d'abord, ne savons-nous pas que dans les paraplégies d'origine médullaire, dans les hémiplegies de cause encéphalique les muscles, bien que paralysés et à peu près absolument inertes ne s'atrophient que très lentement et à un degré beaucoup moindre que dans les cas qui nous occupent. D'autre part on observe cet amaigrissement des muscles non seulement dans le cours des arthrites graves et douloureuses, mais encore nous l'avons dit dans des hydarthroses à peu près indolentes, sur des malades qui n'ont pas cessé de se livrer à la marche. Enfin, l'extrême

« rapidité avec laquelle surviennent dans tous les
« cas les lésions atrophiques, suffirait à elle seule
« pour faire rejeter toute intervention de l'inaction
« musculaire dans la production de ces phénomènes ».

L'hypothèse de J. Roux (de Toulon) qui attribue l'amincissement des muscles à la distension par le liquide accumulé dans la séreuse est repoussée par Valat qui fait remarquer avec raison que cette hypothèse tout au plus admissible dans quelques cas très rares pour le deltoïde seul, ne saurait évidemment s'appliquer à ceux où l'arthrite existe sans épanchement ; et d'ailleurs, à l'épaule même, elle n'expliquerait nullement l'atrophie des sus et sous-épineux, grand et petit ronds, celle enfin du grand pectoral, qu'on observe souvent et à un degré si marqué.

En 1873 Sabourin dans sa thèse sur *l'Atrophie musculaire rhumatismale* et plus tard dans les *Archives Générales de Médecine* (août 1874) cherchait à expliquer l'atrophie par la propagation aux muscles de l'inflammation des parties fibreuses de l'articulation. « Nous ne croyons pas déraisonnable de supposer, écrivait-il, que le travail irritatif qui s'est développé dans le tissu fibreux péri-articulaire atteint par envahissement successif d'abord les attaches tendineuses des muscles, puis l'enveloppe fibreuse des faisceaux musculaires, puis le névrilemme des dernières ramifications nerveuses dont l'élément nerveux s'altère peut-être consécutivement. Dès lors la nutrition du muscle étant entravée, l'atrophie se produit, soit par un trouble circulatoire à la suite de l'irritation des nerfs vaso-moteurs, soit par

suppression de l'influence des nerfs trophiques, si l'on admet leur existence ».

Mais s'il en était ainsi, l'atrophie devait se produire lentement, envahir peu à peu le muscle à partir de ses attaches, se comporter enfin comme le processus inflammatoire dont on la suppose issue. Il faudrait enfin qu'elle ne dépassât jamais la sphère de l'articulation atteinte. Tel n'est pas le cas puisque dans certains cas de péri-arthrite on a pu constater l'atrophie de plusieurs muscles de l'avant-bras, et même de la main (Desplats. Voir les observations.)

Vulpian s'éleva contre cette théorie et proposa celle de l'atrophie par action réflexe. Dans le cas dont il « s'agit, dit-il dans ses leçons sur l'appareil vaso-moteur, ce seraient les extrémités des nerfs de l'articulation scapulo-humérale qui seraient irritées par l'arthrite, et qui détermineraient dans le foyer d'origine des fibres nerveuses destinées au muscle deltoïde une modification sous l'influence de laquelle s'affaiblirait l'activité des éléments anatomiques de cette partie de la substance grise de la moelle. ».

Sir James Paget, dans ses *Leçons de clinique chirurgicale*, Valtat lui-même dans sa thèse déjà citée, apportent à cette théorie l'appui de faits cliniques et expérimentaux. Elle est admise par Charcot. « Il s'agit, dit-il, dans une de ses leçons, d'admettre que les nerfs articulaires irrités transmettent suivant le mécanisme des actes réflexes l'irritation dont ils sont le siège, par la voie des nerfs centripètes jusqu'à la substance grise spinale, où elle affecte les cellules

« nerveuses des cornes antérieures. Ces cellules de-
« viennent en conséquence le siège d'un travail irrita-
« tif qui, dans une première période, produira l'exci-
« tabilité réflexe du système neuro-musculaire (phase
« de contracture. Voir plus haut), tandis que dans une
« période ultérieure, qui correspond à la phase d'é-
« puisement de l'organite « cellule ganglionnaire »,
« ce sont la parésie et l'amyotrophie qui s'accusent
« surtout.

« Il est vraisemblable, dit encore Charcot dans la
« même leçon, que l'atrophie spinale de cause articu-
« laire reconnaît deux formes ou mieux deux degrés.
« Dans le premier degré, la lésion spinale est dynami-
« que et l'amyotrophie consécutive est marquée par une
« atrophie simple; dans l'autre, la lésion musculaire
« est dégénérative et l'affection spinale se traduit en
« particulier par une atrophie des cellules nerveuses
« des cornes antérieures. »

Tout récemment (*Lyon médical*, 20 août 1899),
M. Gauthier (de Charolles) a proposé une interprétation
pathogénique des amyotrophies arthropathiques basée
sur la toxicité du liquide épanché qui, résorbé locale-
ment, altérerait les muscles soit par action directe sur
la fibre musculaire elle-même, soit en lésant primitive-
ment les extrémités nerveuses. Cette théorie pourrait
peut-être trouver son application dans quelques cas de
périarthrite infectieuse (blennorrhagique, pneumococ-
cique).

Quant au cas le plus fréquent, celui de la périar-
thrite sèche avec adhérences fibreuses, une autopsie

de M. Duplay nous permet de nous faire une opinion à ce sujet. « On trouva le tissu cellulaire transformé en tissu fibreux et traversé dans l'étendue de quelques centimètres par les cordons nerveux qui étaient le siège d'une rougeur et d'une injection marquées. »

Ainsi, dans ce cas, la névrite était certaine. Nous pensons volontiers avec M. Desplats qu'il doit en être ainsi dans la plupart des cas, et que la cause principale de l'atrophie doit être cherchée dans la névrite de rameaux intra-musculaires du circonflexe.

ÉTIOLOGIE

Parmi les causes qui peuvent déterminer l'éclosion de la périarthrite, il importe de placer au premier rang les traumatismes quels qu'ils soient. Le plus souvent en effet c'est une contusion directe, coup ou chute, du moignon de l'épaule qui est le point de départ de l'affection ; ou bien une entorse déterminée par un mouvement de torsion exagéré de l'humérus autour de son axe (observations de Jarjavay) ; à cette torsion se trouve généralement associée l'abduction du membre.

Dans certains cas, assez rares, l'étiologie de la péri-arthrite semble se rapprocher de celle du durillon forcé. Ici c'est un forgeron, là un corroyeur, ailleurs un manoeuvre portant de lourds fardeaux sur l'épaule qui après un travail exagéré sont pris d'une vive douleur dans l'épaule et consécutivement des phénomènes de la péri-arthrite avec ou sans épanchement. Aussi les hommes, par suite de leur profession, y sont-ils plutôt prédisposés que les femmes. On trouvera au chapitre observations deux cas où cette cause a pu être invoquée.

L'agent extérieur peut encore agir d'autre façon : il peut réveiller une diathèse en déterminant simplement

une localisation du processus diathésique. C'est ainsi que l'on peut s'expliquer l'action du froid que l'on retrouve aussi dans l'étiologie de quelques cas de péri-arthrite. M. Kirmisson a observé une jeune femme atteinte de péri-arthrite scapulo-humérale pour avoir couché la fenêtre ouverte. Nous avons réuni plusieurs observations dans lesquelles un léger traumatisme ou un refroidissement a amené une péri-arthrite chronique chez un rhumatisant.

Le rhumatisme articulaire aigu peut aussi déterminer l'inflammation de la bourse sous-delhoïdienne. L'observation de Desplats que nous reproduisons est fort instructive à cet égard : on y voit la périarthrite survenir en plein accès de rhumatisme.

On sait avec quelle prédilection les divers agents infectieux semblent s'attaquer aux séreuses (plèvre, péricarde, etc.). La bourse sous-delhoïdienne est, elle aussi, une séreuse ne différant guère des précédentes que par des dimensions beaucoup plus restreintes. Il est donc fort naturel que, comme elles quoique à un bien moindre degré, elle puisse être touchée par l'agent infectieux ou les toxines qu'il secrète. Toutes les infections de voisinage, en effet, qu'elles siègent à la peau (éruption furonculaire), dans le tissu cellulaire (phlegmon), ou dans l'os (ostéomyélite, ostéopathies typhiques), pourront retentir sur la bourse sous-delhoïdienne et amener la péri-arthrite, péri-arthrite qui suivant le cas, revêtira la forme fibreuse ou la forme suppurée.

De plus, et c'est là le point intéressant, on a noté dans diverses infections générales des localisations

péri-articulaires. La blennorrhagie, la syphilis (Roustan) peuvent donner lieu à des inflammations des bourses séreuses. En 1854 Duval les notait déjà au cours de la pneumonie. Mais en ce qui concerne la bourse sous-deltoïdienne, les observations sont malheureusement d'une extrême rareté. Lejars cite en passant la blennorrhagie comme cause de bursite sous-acromiale (*Traité de chirurgie* Duplay et Reclus). On trouvera reproduit *in extenso* au chapitre observations le cas si intéressant relaté par M. F. Widal d'une péri-arthrite suppurée de l'épaule survenue au cours d'une infection pneumococcique.

Enfin nous signalerons la tuberculose qui paraît devoir être incriminée dans ces formes de périarthrite chronique avec épanchement que l'on appelle les hygromas à grains riziformes, et peut-être aussi dans certains cas de péri-arthrite suppurée à marche torpide. (Voir l'observation de Juanchuto de Cambo).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Bien différente est la lésion suivant la forme de périarthrite que l'on considère. Il nous faudra donc distinguer ici la péri-arthrite aiguë avec ou sans épanchement et la forme chronique avec ou sans épanchement.

Nous ne pouvons guère parler de la lésion de la péri-arthrite aiguë, aucune autopsie n'en ayant été faite. Il est probable qu'elle consiste en une vascularisation plus considérable, une injection plus ou moins marquée des parois de la bourse séreuse sous-deltôïdienne, qui se recouvrent d'exsudats fibrineux. C'est par ce dépoli de la séreuse que l'on doit vraisemblablement expliquer les bruits de crépitation que Jarjavay a notés dans la phase aiguë de la péri-arthrite. Ils n'existent plus naturellement quand l'exsudat s'est augmenté au point de distendre la bourse, comme dans les cas d'hygroma aigu. Dans ces derniers cas, l'épanchement peut atteindre jusqu'à cent ou cent cinquante grammes de liquide séreux ou purulent (Besnard, thèse Bordeaux, 1887).

La forme chronique est mieux connue dans sa lésion. M. Duplay eut en 1870 l'occasion de faire l'autopsie d'un cas de péri-arthrite chronique sèche, le sujet ayant

été enlevé par une maladie intercurrente. « Du côté
« sain, dit-il, le deltoïde épais, rouge, est séparé à la
« face profonde de l'extrémité supérieure de l'humérus
« par un tissu cellulaire lâche, lamelleux, revêtant les
« apparences d'une large bourse séreuse ; les tendons
« des muscles qui s'attachent à la tête de l'humérus
« sont nacrés, brillants ; on constate manifestement
« l'existence d'une bourse séreuse entre ces parties et
« la voute acromio-coracoïdienne. La capsule articu-
« laire et les surfaces articulaires sont absolument nor-
« males ».

« L'épaule gauche présente de notables altérations,
« Le deltoïde semble peu atrophié, mais son tissu est
« beaucoup plus pâle que celui du côté opposé. Au
« lieu du tissu cellulaire lâche et lamelleux qui à droite
« occupe la face profonde du muscle, on trouve un tis-
« su fibreux extrêmement résistant, constituant des
« brides, des lames irrégulièrement disposées et qui
« dans plusieurs points unissent le deltoïde à l'extré-
« mité supérieure de l'humérus. Il n'existe plus aucune
« trace de cette vaste bourse séreuse que l'on trouve
« manifestement à droite.

« Les tendons des muscles sus-épineux, sous-épi-
« neux, petit-rond et sous-scapulaire ont perdu leur
« aspect brillant et nacré ; leur surface est comme dé-
« polie, jaunâtre ; il en est de même de la face infé-
« rieure de l'acromion qui répond à l'extrémité supé-
« rieure de l'humérus. Il est évident que la bourse
« sous-acromiale a été le siège d'une inflammation,
« suivie d'épaississement de ses parois ; mais on ne

« rencontre pas d'adhérences ni de brides fibreuses à
« ce niveau. Il est même impossible de retrouver les
« vestiges d'adhérences qui auraient été rompues dans
« les manœuvres faites quelques semaines avant : tan-
« dis que l'on constate aisément à la face profonde du
« deltoïde l'existence de brides fibreuses dont les
« points d'attache ont été arrachés.

« La capsule fibreuse de l'articulation est légèrement
« épaissie surtout à sa partie inférieure ; (on sait qu'il
« y a eu autrefois luxation en dedans) le tissu cellu-
« laire qui l'entoure est notablement épaissi, trans-
« formé en tissu fibreux, et traversé dans l'étendue de
« quelques centimètres par les nerfs cubital et bra-
« chial cutané interne intimement accolés l'un et l'au-
« tre. Dans toute cette portion de leur trajet ces deux
« cordons nerveux sont le siège d'une rougeur et d'une
« injection marquées. Enfin les surfaces articulaires
« entièrement libres d'adhérences présentent une appa-
« rence tout à fait normale et comparable à celle du
« côté sain ».

S'agit-il d'une péri-arthrite chronique avec épanche-
ment ? Nous trouvons ordinairement une cavité unique
non cloisonnée, mais pouvant cependant présenter des
prolongements dans divers sens (Nous savons que la
bourse sous-deltaïdienne peut quelquefois commu-
niquer par exemple avec la bourse sous-scapulaire).
Le contenu de la cavité est la plupart du temps
un liquide citrin, filant, plus ou moins visqueux,
parfois au contraire trouble, roussâtre, séro-purulent
contenant des grumeaux blanc-jaunâtres. On peut dans

certain cas y rencontrer des petits grains blanchâtres hordéiformes (hygroma à grains riziformes). La collection liquide a pu dans un cas cité par A. Richard (thèse de Paris, 1898) atteindre 1500 grammes. Les parois fortement épaissies, sont villeuses, mamelonnées, tapissées de fausses membranes sur leur face interne qui est le siège d'une vascularisation intense.

EVOLUTION-PRONOSTIC

La péri-arthrite aiguë avec épanchement de médiocre abondance peut guérir spontanément. L'épanchement se résorbe peu à peu, les phénomènes inflammatoires régressent et tout rentre dans l'ordre. Mais il n'en est plus ainsi si le liquide est abondant. Dans ce cas comme dans l'autre la douleur et l'inflammation ne tardent pas à disparaître, il est vrai, mais le liquide n'ayant aucune tendance à se résorber l'affection prend une marche chronique ; autour de cet hygroma des adhérences fibreuses vont encore ajouter à la gêne des mouvements. De plus, complication à craindre, un traumatisme peut à tout instant déterminer l'infection de la poche.

Dans le cas de péri-arthrite suppurée on a affaire à un véritable phlegmon profond, avec la circonstance aggravante du voisinage de l'articulation scapulo-humérale, à laquelle l'infection peut se communiquer. Le pus bridé par la masse deltoïdienne, n'a que peu de tendance à se frayer un chemin vers la peau ; il s'étend vers l'aisselle, envahit le creux sous-claviculaire. Fièvre intense, délire, vomissements, douleur atroce viennent assombrir le pronostic.

Il est des cas plus insidieux; le malade à la suite d'un coup, d'une chute voit se développer une péri-arthrite aiguë sans épanchement appréciable. Comment va-t-elle évoluer ? Il peut arriver — et il arrive souvent — que cette péri-arthrite tourne court ; il peut arriver aussi qu'elle prenne la forme chronique. L'atrophie du deltoïde, du sus et du sous-épineux va se produire alors à peu près fatalement, la pseudo-ankylose va s'établir. Les adhérences devenant de plus en plus serrées, l'humérus se soudera à l'omoplate, les douleurs cesseront et tous les mouvements de l'épaule s'accompliront aux dépens de l'articulation sterno-claviculaire. Le tissu cellulaire qui sépare l'omoplate de la paroi thoracique et lui permet de se déplacer sur elle pourra s'enflammer à son tour. C'est alors qu'on entendra ce bruit de frottement sous-scapulaire qu'ont décrit Terrillon et Bassompierre, et la mobilité du scapulum lui-même pourra être compromise. On voit que la périarthrite scapulo-humérale, grave quand il s'agit de la forme suppurée, comporte même dans sa forme fibreuse un sérieux pronostic.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la péri-arthrite est en général facile. Nous avons étudié en détail les principaux signes qui permettent de la reconnaître.

Il n'est guère possible de la confondre avec l'arthrite scapulo-humérale. Celle-ci, à sa phase aiguë, est caractérisée par l'atroce douleur qui survient au moindre mouvement. Il est impossible de palper la tête humérale dans le creux axillaire sans arracher des cris au patient. La saillie formée par l'épanchement, lorsqu'il en existe, s'accuse surtout au niveau du sillon delto-pectoral et non au niveau de la bourse sous-deltoïdienne.

La scapulalgie a, en plus de la douleur intra-articulaire provoquée par la pression, l'augmentation du volume de l'article et sa forme particulière en gigot de mouton.

La péri-arthrite fibreuse peut quelquefois en imposer pour l'ankylose consécutive à l'arthrite vraie. Dans les deux cas en effet, l'humérus paraît soudé à l'omoplate dans les divers mouvements imprimés au bras. Mais il suffira d'examiner le malade sous le chloroforme et l'on s'apercevra alors que l'immobilité de l'humérus, dans le cas d'ankylose, ne provient pas d'une simple contracture.

La contracture du deltoïde et sa paralysie donnent

lieu à des déformations du moignon de l'épaule et à de la gêne des mouvements. Mais la pression du doigt ne détermine en aucun point de sensation douloureuse.

Dans la contusion simple on observe en général une ecchymose plus ou moins étendue lorsque le traumatisme a été assez violent pour amener une gêne notable dans les mouvements de l'articulation. De plus l'omoplate ne suit guère l'humérus avant que le membre soit arrivé à l'horizontale. Il est du reste possible qu'à la suite d'une contusion, se déclare une périarthrite vraie.

On distinguera les périarthrites avec épanchement par la place qu'occupe la tuméfaction : tuméfaction et fluctuation sont perçues à la partie antéro-externe de l'extrémité supérieure du bras, à un niveau correspondant au siège de la bourse séreuse sous-deltôïdienne. Les symptômes parfois inquiétants de la périarthrite suppurée ne feront pas penser à une complication articulaire, car la pression dans l'aisselle ne provoquera jamais aucun symptôme douloureux.

On peut enfin rencontrer dans la région de l'épaule des abcès froids, des kystes hydatiques et des lipomes que nous devons distinguer des épanchements de la bourse sous-deltôïdienne, l'abcès froid se reconnaîtra facilement à sa tuméfaction plus diffuse, moins circonscrite. Quant au kyste hydatique et au lipome, leur diagnostic est délicat (Kirmisson) et le plus souvent la ponction seule viendra lever les doutes.

TRAITEMENT

Le traitement de la périarthrite scapulo-humérale doit naturellement varier suivant la forme à laquelle on a affaire. Contre la périarthrite aiguë sans épanchement ou avec épanchement de médiocre abondance on prescrira d'abord le repos du membre et les antiphlogistiques. Quelques pointes de feu superficielles favoriseront la résorption de l'exsudat. Dès que la douleur aura diminué, on pratiquera le massage, destiné à prévenir l'atrophie parfois si précoce du deltoïde ; et on ordonnera au malade la gymnastique de l'article.

Dans le cas d'épanchement abondant la ponction sera indiquée.

Les hygromas suppurés imposent une intervention précoce. Il faudra, dès le diagnostic fait, ouvrir largement la poche et la drainer, pour éviter toute complication du côté de la grande séreuse articulaire. On fera de préférence l'incision au niveau de la face antérieure du bras, le bistouri ne risquant de léser en ce point aucun organe important.

Quel traitement opposer aux formes sèches de la périarthrite chronique ? Il est inutile de recommander au malade de mobiliser son bras, car l'omoplate se mobilisant en même temps que l'humérus, les mouve-

ments se passeront dans l'articulation sterno-claviculaire. Le seul traitement rationnel est de rompre les adhérences sous le chloroforme. Le scapulum du patient étant immobilisé par unaide ou par une alèze solidement fixée sous l'aisselle, le chirurgien imprime au membre des mouvements dans tous les sens. Les craquements que l'on entend au cours de l'opération avertissent de la rupture du tissu fibreux. Le membre est ensuite mobilisé chaque jour.

Aucun accident ne résulte de l'opération, mais il ne faut pas oublier que les adhérences se reforment assez souvent au point de nécessiter une deuxième et quelquefois même une troisième intervention.

Enfin l'atrophie musculaire sera combattue par le massage et l'électricité. On pourra ordonner au malade des douches sulfureuses. Dans un cas que nous rapportons la cure d'Aix-les-Bains fut suivie d'une notable amélioration.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1 (personnelle)

Due à l'obligeance de M. le D^r Claisse.

Periarthrite scapulo-humérale aiguë.

E... R..., 50 ans, homme robuste d'excellente santé habituelle est pris brusquement le 16 avril 1896 d'une violente douleur de l'épaule droite. Tous les mouvements sont douloureux. Le sommeil est impossible.

Nous voyons le malade le 17 avril : il est au lit, dans l'immobilité absolue, car il craint de réveiller la douleur en changeant de position. La pression sur l'épaule est très douloureuse, en particulier au niveau de l'apophyse coracoïde et le long du coraco-brachial. Au contraire la palpation du creux axillaire n'éveille aucune douleur.

Malgré les calmants employés (salicylate de méthyle, belladone etc.) la douleur conserve son acuité pendant trois jours, privant le malade de sommeil. Elle diminue ensuite et permet quelques mouvements, surtout dans le sens antérieur. Les mouvements du bras en arrière restent longtemps douloureux. (Plusieurs semaines après le début, alors que toute sensibilité à la pression avait disparu, le mouvement fait pour boutonner la bretelle en arrière restait fort pénible).

Dès les premiers temps apparaît une atrophie deltoïdienne, contre laquelle on lutte par des massages méthodiques dès que les douleurs se sont un peu calmées.

Au mois de juillet elle est encore fort appréciable. Certains mouvements sont impossibles, par exemple celui d'épauler un fusil (mouvement d'élévation).

Le malade fait une saison à Aix-les-Bains.

A son retour les douleurs ont disparu complètement et l'atrophie deltoïdienne est moins accusée.

Néanmoins ce ne fut guère qu'au bout d'un an que les mouvements de l'épaule redevinrent aussi faciles et aussi amples qu'auparavant.

OBSERVATION 2 (personnelle).

Due à l'obligeance de M. le Dr Claisse.
Péri-arthrite aiguë.

Sa... Louis, âgé de 36 ans, peintre en bâtiments, se présente le 13 juin 1898 à la consultation de Laënnec pour une douleur très aiguë de l'épaule gauche.

Le sujet issu d'une famille de nerveux, est très nerveux lui-même. Il n'a jamais eu de rhumatismes. Mais il a des coliques fréquentes, une diarrhée habituelle. Le liseré de Burton très net chez lui, ne laisse aucun doute sur l'existence d'une intoxication saturnine. Il n'a jamais eu de paralysie.

Il est sujet à des névralgies faciales, siégeant de préférence au côté gauche. Il a eu à diverses reprises des points de côté, soit à droite, soit à gauche. Il accuse un point douloureux à la région occipitale.

Il s'enrhume assez facilement l'hiver, mais nous ne trouvons rien de notable à l'auscultation.

Cœur et estomac sains. Pas d'alcoolisme.

Il souffre depuis un an de l'épaule gauche. Mais, étant, dit-il, resté toute une journée sous la pluie, la douleur s'est

brusquement exacerbée au point de supprimer tout sommeil.

A l'examen, l'épaule gauche est un peu plus élevée que la droite. Aucune tuméfaction, aucune rougeur de la peau. Tous les mouvements du bras sont douloureux, principalement celui qui consiste à porter l'humérus en arrière et en dedans. Du reste l'articulation elle-même est respectée, car la pression sur la tête humérale dans le creux axillaire ne réveille aucune douleur.

Fait intéressant, le malade a eu il y a 4 ou 5 ans une atteinte identique à l'épaule droite. Mais la douleur, beaucoup moins aiguë, n'avait duré que deux jours.

OBSERVATION 3 (personnelle).

Péri-arthrite aiguë chez un rhumatisant.

Due à l'obligeance de M. le Dr Claisse.

Ro.. Arsène, âgé de 30 ans, garçon briqueteur, souffre depuis trois ans de rhumatismes. Il a fait des manœuvres au mois de septembre 1898, depuis cette époque il ressent des douleurs dans l'épaule droite. Il vient consulter le 17 octobre.

Au début, il y a un mois, les douleurs très vives dans l'épaule, s'irradiaient dans le bras et l'avant-bras. Elles sont actuellement localisées à la région deltoïdienne, et au voisinage de l'apophyse coracoïde.

Le malade n'accuse aucune douleur à la palpation de la tête humérale.

La région de l'épaule n'a subi aucune déformation. La peau est normale à son niveau. Il n'y a pas de tuméfaction. Aucune atrophie musculaire sensible.

Les mouvements sont encore fort douloureux. Le malade peut, il est vrai, porter son bras en avant, mais il lui est fort difficile de l'élever en abduction. Quant au mouvement du bras en arrière et en dedans, il est à peu près impossible.

OBSERVATION 4 (personnelle)

Due à l'obligeance de M. le Dr Claisse.

Périarthrite chronique.

F... Philomène, âgée de 60 ans, exerçant la profession de concierge, se présente le 9 août 1898 à la consultation de Laënnec, pour des douleurs siégeant à l'épaule droite et dont le début remonte à 6 mois.

La malade, de bonne santé habituelle, n'a jamais eu d'accidents rhumatismaux. Comme antécédents morbides, nous ne relevons qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 33 ans.

A l'examen, nous ne constatons aucune déformation de l'épaule, aucune atrophie musculaire appréciable. L'avant-bras est dans la rectitude.

La pression au niveau de l'apophyse coracoïde, et au niveau de la bourse sous deltoïdienne est douloureuse. La pression de la tête humérale dans le creux axillaire est facilement supportée par la malade.

Les mouvements en avant, et en arrière sont conservés dans une grande étendue. Le mouvement d'élévation ou d'abduction, lui-même, est facile, mais il est aisé de remarquer que la pointe du scapulum se mobilise bien avant que le bras ait atteint l'horizontale. Le mouvement pour porter la main en arrière de la taille est totalement impossible.

Aucune crépitation ne se fait entendre durant ces divers mouvements.

OBSERVATION 5 (personnelle)

Due à l'obligeance de M. le Dr Claisse.

Périarthrite chronique.

La nommée B... Claudine, âgée de 48 ans, vient consulter à Laënnec le 7 mai 1900 pour des douleurs de l'épaule droite ayant débuté vers le mois de juin 1899.

La malade a depuis de longues années, souffert à plusieurs reprises d'un lumbago. Elle a présenté il y a deux ans des accidents oculaires indéterminés (probablement iritis ?) qui ont nécessité un séjour de plusieurs mois à l'hôpital.

La douleur de l'épaule droite qui s'est déclarée vers le mois de juin 1899, a conservé un caractère d'extrême acuité pendant environ trois mois. La malade accusait à ce moment des irradiations douloureuses dans différents points du bras, au niveau du V deltoïdien et surtout au pli du coude. A ce moment apparut une synovite du poignet qui à l'heure actuelle a complètement disparu.

Vers le mois d'août des pointes de feu sont appliquées, il en résulte une légère amélioration.

A l'heure actuelle, la région de l'épaule présente un aplatissement marqué au niveau du deltoïde. La malade accuse la persistance d'une douleur sourde mais tolérable, qui s'exaspère un peu par la pression au niveau de la bourse sous deltoïdienne.

Les mouvements, encore difficiles, ont recouvré une partie de leur étendue. Mais le mouvement de bretelle reste très douloureux, presque impossible.

OBSERVATION 6 (Personnelle).

Due à l'obligeance de M. le Dr Claisse.

Périarthrite scapulo-humérale chronique chez un vieillard rhumatisant.

Le nommé B..., Victor, 78 ans, exerçant la profession de cocherse présente le 28 juillet 1893 à la consultation de M. le Dr Claisse, à Laënnec, pour une douleur siégeant au niveau de l'épaule gauche.

Le sujet présente un peu d'arthrite sèche des articulations

phalangiennes. Il se plaint de fourmillements et de froid aux jambes, de douleurs aux reins, (douleurs légères qu'il ressent depuis 4 ou 5 ans). Pas de céphalée. La vue et l'ouïe sont un peu diminuées. Il urine assez difficilement, mais l'examen des urines reste entièrement négatif.

L'affection pour laquelle il se présente a débuté l'année dernière par une douleur à l'épaule droite, douleur empêchant complètement les mouvements du bras en haut et en arrière. Au bout de trois mois, tout phénomène douloureux disparaît.

Mais en mai 1898, la douleur reparait cette fois à l'épaule *gauche*. Elle est beaucoup plus forte. Le malade ne sait pas comment elle est venue et n'invoque ni refroidissement, ni traumatisme.

A l'examen, l'épaule gauche est très abaissée, et l'atrophie du deltoïde gauche est sensible. Le malade porte assez facilement son bras en avant, en dedans, en dehors, en haut, mais ne peut sans souffrance porter son bras en arrière et en dedans. Du reste l'articulation est intacte. Il s'agit donc bien d'une périarthrite scapulo-humérale.

OBSERVATION 7 (Personnelle).

Périarthrite chronique suite de chute.

Observation due à l'obligeance de M. le Professeur Hallopeau, médecin de l'hôpital St-Louis.

P..., Ferdinand, âgé de 52 ans, vernisseur, est entré à Saint-Louis, le 21 mai 1900, salle Bazin dans le service de M. le Dr Hallopeau.

Antécédents héréditaires nuls. — Il a eu une fièvre typhoïde à l'âge de 13 ans et souffre depuis une dizaine d'années d'une bronchite chronique. Il a contracté la syphilis en 1893.

Le 4 février de cette année il est tombé du haut d'une chaise

sur l'épaule gauche. Il a ressenti une vive douleur, et une ecchymose de la dimension d'une pièce de cinq francs n'a pas tardé à apparaître au niveau des attaches humérales du deltoïde. Inquiet il s'est rendu le lendemain même de l'accident à l'hôpital Saint-Antoine. Il n'y avait ni luxation ni fracture. On lui fait du massage et un siphonage.

Depuis ce temps il a, paraît-il, toujours souffert. Il s'est remis comme il a pu à son métier, mais la gêne des mouvements n'a fait que s'accroître.

Examen. — Lorsque nous l'examinons, le 20 juin, nous constatons tout d'abord que l'épaule gauche malade est sensiblement plus élevée que l'épaule saine. Le malade tient la tête légèrement inclinée à gauche. Le bras gauche pend normalement le long du thorax, l'avant-bras est en rectitude.

Les fosses sus-épineuse et sous-épineuse du côté gauche ont perdu notablement de leur relief. Le deltoïde, et le biceps du même côté sont en voie d'atrophie. Nous ne notons aucune rétraction du côté du biceps et des muscles qui forment la paroi de l'aisselle.

Le malade se plaint d'une douleur continuelle au niveau de la partie supérieure de la face externe du bras, douleur exaspérée par la pression. Elle atteint son maximum d'intensité lorsque le doigt s'appuie à quatre centimètres environ au-dessous du bec acromial.

On ne sent du reste en ce point ni tuméfaction, ni fluctuation et la peau a conservé sa coloration normale. Le malade accuse encore deux autres régions douloureuses, le pli du coude, et un point correspondant à la partie supérieure du bord externe du scapulum, très rapproché du rebord glénoïdien.

La pression exercée un peu au-dessous de l'apophyse coracoïde n'est pas douloureuse. Mais par contre nous notons

une faible sensation douloureuse à la palpation de la tête humérale dans le creux axillaire.

Le malade se plaint encore de fourmillements dans tout le membre supérieur.

Exploration des mouvements. — Les mouvements en avant et en arrière sont conservés dans une assez grande étendue le premier surtout : le malade dans ce mouvement arrive en effet à placer la main gauche sur la tête.

Mais s'il s'agit d'élever le bras en abduction, le malade est arrêté par la douleur dès qu'il a dépassé l'horizontale. Le scapulum suit l'humérus et porte en dehors son angle inférieur.

Au cours de ce mouvement la sensation douloureuse se manifeste surtout au niveau du point scapulaire que nous avons désigné plus haut. Mais nous n'y constatons aucun frottement.

Le malade à qui nous demandons de porter la main en arrière au niveau des reins, arrive à porter cette main au niveau de la fesse du même côté. Il ne peut aller plus haut sans éprouver la plus vive douleur.

Ce malade présente on le voit tous les signes de périarthrite chronique sèche.

Nous ferons pourtant, quelques réserves au sujet de l'arthrite légère qui pourrait coïncider ici avec la maladie de Duplay. La faible sensation douloureuse provoquée par la pression de la tête humérale dans l'aisselle nous permettant d'y songer.

OBSERVATION 8

Périarthrite aiguë, suite de contusion (Jarjavay).

O..., vingt-huit ans. journalier, entré, le 22 mai 1862 à l'hôpital Saint-Antoine, est tombé le matin même de son

entrée sur le tampon d'un wagon, au moment où il s'efforçait de soulever avec un crochet un ballot de coton. Pendant sa chute, le bras a subi un mouvement de torsion de dedans en dehors et il a semblé à O... que quelque chose s'était déplacé dans l'intérieur de l'épaule. La région scapulaire ne présente cependant ni écorchure, ni ecchymose, ni déformation ; mais elle est légèrement tuméfiée. Nous ne trouvons aucun signe de fracture de l'omoplate ou de la clavicule. Le bras pend près du tronc, l'avant bras est fléchi à angle droit ; on constate de la rigidité sur le trajet du biceps. Les mouvements du bras en avant, en arrière, en dedans se font avec facilité ; mais l'abduction est douloureuse et très limitée. Quand le bras saisi par l'extrémité inférieure, et placé dans la verticale près du tronc, nous lui imprimons des mouvements de rotation sur son axe, nous n'occasionnons pas de douleur, nous ne produisons point de bruit dans l'épaule.

Si on le porte dans la ligne horizontale par un mouvement d'abduction, douleur et claquement au-dessous de l'apophyse acromion. Est-il porté sur les côtés de la tête et abandonné ensuite à son propre poids, il retombe par un mouvement inverse à celui qu'on lui avait fait subir, et la douleur et le claquement se reproduisent avec force au moment où il atteint la ligne perpendiculaire à l'axe du tronc. Les mouvements de rotation sur l'axe de l'humérus donnent lieu, si cet os est dans l'horizontale, aux mêmes phénomènes, qui ne sont plus constatés pendant qu'un aide presse de haut en bas sur l'extrémité supérieure.

26 mai. — Gonflement disparu, douleur moins vive ; mais abduction toujours fort difficile. Quand on veut élever le membre en haut et en dehors, on remarque que le scapulum suit l'humérus par un mouvement de bascule très pro-

noncé, en vertu duquel l'angle inférieur est porté en avant et en haut.

Le malade, traité par l'électricité sort le 17 juin complètement guéri.

OBSERVATION 9.

Périathrite aiguë, suite d'un violent mouvement de rotation.
(Jarjavay).

Il s'agit d'une femme de 47 ans journalière, venue le 22 juillet à la consultation de l'hôpital, et que j'ai fait entrer salle Sainte Marthe. Deux jours auparavant, comme elle traînait derrière elle une petite voiture, elle est tombée la face contre terre, la main droite tenant encore le bras correspondant de la charrette. Le membre thoracique avait subi, pendant cet accident, un mouvement de rotation en dedans et en arrière ; au même instant douleur très vive dans le moignon de l'épaule droite.

23 juillet. — Il existait un peu de gonflement dans la région scapulo-humérale. La malade ne pouvait faire mouvoir son bras sans ressentir de la douleur au-dessous de la partie saillante de l'acromion. L'avant-bras était fléchi à angle droit sur le bras qui pendait près du tronc ; le biceps était rigide et la partie antérieure du coude le siège d'un sentiment de lassitude ; le bras pouvait être porté dans tous les sens quoique à un faible degré, hormis dans l'abduction. Les mouvements communiqués n'étaient point douloureux quand le bras était pendant près du tronc, mais quand on produisait l'abduction en élevant le coude, on causait de la douleur dès que le bras était dans la perpendiculaire à l'axe du tronc. Dans cette position, on ne produisait de bruit qu'en déterminant des mouvements de rotation de l'humérus soit en

avant, soit en arrière, et ce bruit n'était même pas produit d'une manière constante. Il ne se faisait jamais sentir malgré les mouvements de rotation, quand un aide portait en bas, par le moyen d'une pression, l'extrémité inférieure de l'humérus. Nous nous sommes contentés d'appliquer pendant le séjour de la malade à l'hôpital des compresses trempées d'eau blanche et de soutenir l'avant-bras au moyen d'une écharpe. Au bout de deux jours, la douleur avait disparu, le mouvement d'abduction était devenu facile. Le claquement que nous avions perçu pendant les mouvements de rotation de l'humérus perpendiculaire à l'axe du tronc était obscur et fugace. La femme B..., s'est trouvée assez bien pour retourner à son travail le 25.

OBSERVATION 10

Périarthrite aiguë chez un manouvrier. (In th. Gauthier).

L... Félix, 30 ans, corroyeur, entre le 25 septembre salle Saint-Barnabé, service de M. Duplay, pour une affection de l'épaule droite. Pas de maladie antérieure, pas de rhumatisme.

Travaille tous les jours à lisser les peaux : a ressenti, il y a deux mois, des douleurs à la région externe de l'épaule droite, au-dessous de l'acromion. Son épaule craquait. Pas de coup ni de chute ; a pu continuer son travail jusqu'à l'avant-veille de son entrée. De temps en temps cette douleur, après un travail forcé s'exagérait. Le malade la ressentait même au repos, et depuis deux jours a dû cesser tout travail par suite de la douleur.

Etat actuel. — 26 septembre. — L'épaule droite offre une légère tuméfaction, sans changement de couleur de la peau,

sans élévation de température. Le creux sous-claviculaire est un peu moins prononcé que du côté sain. Le creux sus-claviculaire est normal ; rien du côté du sillon clavi-axillaire.

L'exploration de l'articulation dans le creux de l'aisselle, l'interligne musculaire en avant et sur le bord postérieur du deltoïde, ne détermine aucune douleur. Rien sur le trajet du long tendon du biceps.

La pression sur la région externe de l'épaule, à 2 centimètres au-dessous de l'acromion, est très douloureuse, fait fuir le malade qui de temps en temps, ressent à ce niveau des élancements ; il dit que quelque chose lui bat. Le biceps est un peu plus volumineux, mais le bras droit, le malade l'a constaté lui-même depuis longtemps, est normalement plus développé que le bras gauche.

Son métier exige que de temps en temps il quitte son lissoir pour se servir d'un pilon de huit kilos auquel il imprime des mouvements de va et vient pour effacer les défauts du cuir.

Mouvements. — Le mouvement spontané d'abduction est presque impossible. Il existe de la gêne des mouvements de rotation en dedans et en dehors. L'abduction provoquée s'exécute sans douleur jusqu'à 40°. Et ce mouvement se passe dans l'articulation scapulo-humérale. Mais à partir de ce degré, on détermine de la douleur et on entraîne l'omoplate. La circumduction provoquée est très douloureuse et impossible. L'avant-bras est un peu fléchi sur le bras et on ne peut obtenir son extension sans déterminer de la douleur. Ventes scarifiées.

27. — Mouvement moins douloureux. L'avant-bras peut être étendu sans douleur.

29. — Les mouvements sont beaucoup moins douloureux et plus étendus. Le malade peut élever son bras et le placer parallèlement à sa tête mais il ne peut l'élever lentement, il le

projette. Un seul mouvement détermine un peu de douleur. C'est le mouvement d'abduction dans lequel le sujet contracte son deltoïde pour ralentir la chute de son bras et s'opposer ainsi à la douleur provoquée par le frottement trop brusque des parois de la bourse sous-delloïdienne.

Sort guéri le 5 octobre.

OBSERVATION 11

Périarthrite aiguë chez un manouvrier (In thèse de Gauthier)

D... 27 ans, maréchal entre le 23 septembre 1874 à l'hôpital Saint Antoine, salle Saint Barnabé dans le service de M. Du-play. Aucune trace de rhumatisme.

Il y a douze jours, le malade ressentit en levant le bras, une légère douleur dans l'épaule gauche, douleur qui ne se reproduisait pas dans les autres mouvements; a continué son travail jusqu'au jour de son entrée; mais dans les trois jours qui précédèrent, le malade éprouvait de la douleur dans tous les mouvements et principalement dans la rotation; se trouvait même dans l'impossibilité d'élever le bras à angle droit.

Etat actuel. — 25 septembre. — En se plaçant en face du malade, on constate que l'épaule a conservé son aspect normal. Le creux sous-clavier gauche comparé au côté sain n'offre pas de différence. Pas de gonflement, ni de tuméfaction au niveau du grand pectoral, comme cela se rencontre dans les affections de la clavicule, ostéite, ostéo-périostite. Rien dans le creux sus-claviculaire, ni dans le creux axillaire.

L'exploration de l'articulation faite dans les points où elle est le plus accessible, en arrière entre les faisceaux du deltoïde, en avant entre le deltoïde et le grand pectoral, en dehors au dessous de l'acromion, l'exploration ne révèle aucune lésion articulaire.

L'épaule à sa région externe, présente un peu de gonflement : à 4 centimètres environ au-dessous de l'acromion, on constate un léger empâtement de la région profonde.

La pression à deux travers de doigt au dessous du bord externe de l'acromion détermine une vive douleur, analogue aux douleurs des points névralgiques.

Pas de rougeur de la peau.

Mouvements. — Le malade ne veut exécuter aucun mouvement tant il redoute la douleur.

Les mouvements communiqués ne sont pas douloureux et se passent dans l'articulation, lorsqu'on écarte le bras du tronc dans une étendue de 10 à 15 centimètres ; en continuant l'abduction, on détermine de la douleur, et lorsqu'on arrive à 45°, le malade demande, tant la douleur est vive, que l'on n'aille pas au delà.

Du côté de l'omoplate, lorsque l'on fixe sa pointe on constate que jusqu'à 45° elle ne change pas de place ; à partir de ce point, elle est entraînée ; pas de craquements.

Les mouvements d'extension de l'avant-bras sur le bras sont indolents et s'exécutent parfaitement. Les mouvements de rotation en dedans, en dehors, sont douloureux et très gênés.

Depuis le début de son affection, le malade ne peut se coucher sur son épaule gauche à cause de la douleur.

En 1863, en quittant l'armée, où il était maréchal-ferrant, notre malade avait eu des douleurs dans cette épaule : ne pouvait s'habiller, lever le bras.

Repos. Vésicatoire et guérison.

On lui applique quatre ventouses scarifiées. On tire 100 grammes de sang environ. Echarpe. Cataplasme.

Le 26. — Diminution de la douleur, mouvements spontanés possibles, mouvements communiqués indolents.

Le 27. — Le malade porte sans douleur son bras en avant, en arrière, exécute le mouvement d'abduction jusqu'à l'angle droit. La douleur à la pression à deux travers de doigt au-dessous du bord externe de l'acromion a diminué de beaucoup.

Le 28. — Plus de douleurs à la pression. Mouvements en avant, en arrière, indolents. L'omoplate se déplace manifestement encore dans l'abduction mais seulement à partir de 60°.

Le 30. — Tout empâtement a disparu. Encore un peu de gêne.

Le malade sort guéri, le scapulum n'étant plus entraîné avant la position horizontale du bras.

OBSERVATION 12

Périarthrite aiguë dans un accès de rhumatisme articulaire aigu
(Article de Desplats. Gazette hebdomad., 78).

D..., cordonnier, âgé de 34 ans, entre à l'hôpital le 27 septembre 1877. A la suite d'exercices de gymnastique, il avait éprouvé onze jours auparavant, une vive douleur dans l'épaule gauche. Cette douleur depuis ne s'était pas calmée.

Une douzaine d'années précédemment à la suite d'une fièvre typhoïde, ce malade avait eu des douleurs dans les membres inférieurs. Pas de fièvre au moment de l'entrée. Mais il y en aurait eu quelques jours plus tôt. Du côté de l'épaule, un peu de gonflement ; ni rougeur, ni chaleur,

douleurs spontanées, s'exagérant par la pression et les mouvements, grande faiblesse dans tout le membre, rien ailleurs.

Ventouses scarifiées. Injections de morphine, enveloppement ouaté.

Le 1^{er} octobre. — Les douleurs gagnent le coude et la main du même côté. Les articulations des doigts sont déformées. Tout mouvement est impossible. Salicylate de soude.

Le 3. — Douleur de l'épaule très atténuée, mais celle de la main et de l'avant-bras persiste. Le pouls est tombé à 68 pulsations ; la température est à peu près normale.

Le 10. — Les douleurs envahissent le membre supérieur droit.

Le 18. — Les douleurs disparaissent, mais sont remplacées par de fortes coliques, de la diarrhée, et de la dysurie. Ces accidents ne cessent qu'au bout de trois jours, et leur disparition coïncide avec la reprise des douleurs.

Le 6 novembre. — Depuis quelques jours, les muscles du membre supérieur semblent s'atrophier, une exploration attentive confirme ces craintes, et montre que le deltoïde a perdu beaucoup de son volume, ainsi que le biceps et même les muscles de l'avant-bras.

Le malade ne peut soulever le bras et c'est à peine s'il parvient avec de grands efforts à faire un angle de 45° avec le tronc. Friction, faradisation, bains sulfureux.

Le 15 janvier. — Aplatissement notable de l'épaule, excavation des deux fosses sus et sous-épineuses, amoindrissement très apparent du grand dorsal, atrophie de tous les muscles du bras, de l'avant-bras et de la main. Tous les mouvements de l'humérus sont communiqués à l'omoplate, et l'omoplate une fois immobilisée, l'humérus ne peut exécuter aucun mouvement.

Le 16. — Rupture des adhérences sous le chloroforme.

Le 27 février. — Le malade sort de l'hôpital. Tous les mouvements sont possibles mais l'atrophie musculaire persiste.

D..., sorti de l'hôpital le 27 février, rentre le 11 mars, accusant de vives douleurs depuis plusieurs jours.

Elles n'occupaient pas la région de l'articulation scapulaire, mais plutôt la base du cou et le bras ; l'exploration de l'articulation par la pression au niveau de l'acromion et de l'apophyse coracoïde, ou par une forte pression de la tête de l'humérus contre la cavité glénoïde ne la réveillait pas ; cependant les mouvements étaient douloureux, mais le malade ne localisait pas ses douleurs dans l'épaule, le maximum était dans le bras et l'aisselle. La périarthrite pouvait donc être considérée comme guérie ; il ne restait plus que de la névrite, et de fait, lorsqu'on pressait à l'aide d'un seul doigt dans le creux sus-claviculaire ; le malade accusait une vive douleur s'irradiant dans le bras et l'épaule. Cette douleur se produisait aussi quand on pressait au niveau du nerf médian.

L'atrophie persistait. Pendant ce second séjour, d'autres signes de névrite se produisirent : le malade eut à plusieurs reprises, sur le trajet des nerfs douloureux des espèces de furoncles dont la guérison fut très lente, l'un d'eux fut plusieurs semaines avant de se cicatriser et demeura durant tout ce temps extrêmement douloureux.

Il présenta aussi, et cela jusqu'au moment de la sortie, ce épaissement particulier du tissu cellulaire sous-cutané décrit dans ces derniers temps sous le nom d'adipose : un pli fait à la peau sur deux points symétriques des deux membres supérieurs était deux fois plus épais à gauche qu'à droite.

Enfin, à deux reprises, coïncidant avec des crises douloureuses assez semblables à des crises névralgiques, nous

observâmes des sueurs limitées au membre supérieur.

J'ajouterai, comme dernier trait, l'efficacité du traitement employé qui fut franchement révulsif, et j'aurai, je crois, réuni tous les symptômes de la névrite.

OBSERVATION 13

Périarthrite aiguë. Suite de refroidissement (Jarjavay).

T..., âgé de 27 ans, potier de terre, entré le 30 octobre 1862, à Saint-Antoine, a ressenti dans l'épaule gauche, depuis cinq jours, une douleur qui l'a empêché de travailler. Aucune violence ne peut expliquer la cause du mal ; nous remarquons seulement que dans l'exercice de sa profession, il est journellement soumis à des alternatives fréquentes de température. Pas de fièvre.

Etat actuel. — Tuméfaction dans le moignon de l'épaule, pas de rougeur de la peau. Mais il ne peut se servir de son bras gauche ; quand on le porte dans l'abduction, la douleur est très vive ; il en est de même quand on le porte en avant ou en arrière, quand on lui fait subir des mouvements de rotation, quelle que soit la direction de l'humérus.

L'épaule comme le tronc sont inclinés à gauche, et le malade soutient son bras gauche de la main droite absolument comme les blessés atteints d'une fracture de la clavicule. Dans la partie la plus tuméfiée, qui est immédiatement au-dessous de l'acromion, on constate une fluctuation profonde en plaçant le pouce et l'index d'une main, l'un sur la partie antérieure, l'autre sur la partie postérieure du moignon de l'épaule, et en comprimant perpendiculairement et brusquement avec l'index et le médius de l'autre main la partie moyenne et externe de la région. Une ponction explo-

ratrice est pratiquée immédiatement au-dessous du bec acromial avec la pointe d'un bistouri *ad hoc*, issue de deux cuillerées environ d'une sérosité parfaitement limpide et transparente, très fluide, non filante. La douleur est soulagée par l'issue de ce liquide, mais ne permet pas néanmoins les mouvements spontanés du membre dans une grande étendue.

Compresses et écharpe.

4 novembre. — Les mouvements du bras sont notablement moins douloureux; mais la tuméfaction est encore plus grande, la fluctuation aussi facile à constater.

Nouvelle ponction; issue d'une nouvelle quantité de sérosité présentant les mêmes caractères. Dans les mouvements communiqués, point de bruit au niveau de l'acromion.

Après deux mois de traitement par les cataplasmes et l'électricité le malade sort très amélioré le 26 décembre. A cette date on constate qu'un soubresaut et un bruit sont encore assez nettement perçus toutes les fois que le trochanter s'enfonce sous la voûte acromiale, ou s'en dégage.

OBSERVATION 14

Péri-arthrite aiguë suppurée à la suite d'une éruption furonculaire (Besnard. Thèse de Bordeaux, 1887).

M... B., aide-médecin de la marine, est âgé de vingt-trois ans. Il entre le 15 octobre 1886 à l'hôpital maritime de Brest avec le diagnostic « Rhumatisme articulaire de l'épaule gauche ».

Comme antécédents héréditaires, il ne présente rien de particulier. Il a été porteur, dans le courant du mois de septembre, de deux gros furoncles qui ont siégé sur la face externe de la cuisse droite. En outre, il a vu se développer,

il y a quinze jours environ, un troisième furoncle situé à la région postéro-latérale droite du cou, au niveau de la troisième vertèbre cervicale.

La guérison est actuellement à peu près complète.

Le début de l'affection pour laquelle il entre actuellement à l'hôpital date de cinq jours. La douleur a d'abord été légère. C'était plutôt de la gêne dans les mouvements de l'articulation scapulo-humérale gauche, un peu de lourdeur du bras, mais pas de douleurs aiguës. Après quarante-huit heures seulement la douleur a commencé à s'accroître et M... B. s'est aperçu du gonflement de son épaule. A partir du troisième jour douleur très aiguë, se faisant sentir profondément.

Actuellement, on constate du gonflement, de la tuméfaction et de la rougeur de l'épaule, de l'impossibilité presque absolue de tous les mouvements de l'articulation et principalement de celui d'abduction. Insomnie. Langue saburrale.

Temp. matin 38°, temp. soir 38°,8. Pas de selles depuis trois jours.

17 et 18. — Etat stationnaire.

19. — Douleurs lancinantes extrêmement vives ; ni le chloral ni l'opium ne peuvent plus procurer de sommeil. Vomissements dans la nuit. Délire.

Temp. 39°,5.

20. — Fluctuation manifeste dans la profondeur. On constate aussi une adénite peu prononcée des ganglions axillaires gauches et une trainée de lymphangite sur la face postérieure du cou.

L'état général devient alarmant.

Le 21. — L'examen de la région fait reconnaître que la fluctuation a gagné la paroi thoracique et qu'elle occupe un espace assez étendu à la partie externe de la fosse sous-cla-

veulaire au devant du creux de l'aisselle. Cette région fluctuante d'un rayon de cinq à six centimètres est entourée d'une zone indurée qui s'étend assez loin en arrière de l'épaule et en avant vers le mamelon. A son niveau les veines sous-cutanées sont un peu dilatées.

Opération. — Une incision de 5 centimètres au bistouri donne issue à environ 150 grammes d'un pus épais mélangé de petits filets de sang. Drainage, guérison.

OBSERVATION 15

**Périarthrite aiguë suppurée au cours d'une pneumonie,
Hygroma sous-deltaïdien suppuré métapneumonique.
Fernand Vidal. Gaz. hebdom. 1896.**

X..., 48 ans, alcoolique, ayant déjà souffert de deux pneumonies, entre à Beaujon le 27 juin 1895, pour une pneumonie gauche, ayant débuté 5 jours auparavant par un point de côté et un gros frisson. A l'entrée les signes stéthoscopiques dénotent un bloc d'hépatisation dans la fosse sous-épineuse gauche ils sont caractérisés à ce niveau par de la matité, du souffle tubaire, des râles crépitants, de la bronchophonie. A la partie inférieure du poumon, de ce côté, on perçoit de la submatité, et en plus des râles sous-crépitanes. On entend des sibilances dans toute l'étendue du poumon droit. On constate une légère albuminurie dès le premier examen d'urine.

Les jours suivants, le souffle descend jusque vers la partie inférieure du poumon gauche; la température oscille autour de 40°, avec légère rémission matinale, et le malade est en proie à une grande excitation et à un délire presque continu expliqué suffisamment par un alcoolisme invétéré. La défervescence complète ne se fait que le treizième jour de la maladie.

Deux jours plus tard, le malade se plaint de douleurs siégeant au niveau de l'épaule droite et faisant le tour de la ceinture scapulaire. Les mouvements d'élévation et d'abduction sont difficiles et très douloureux. On fait rouler facilement et presque sans douleur la tête de l'humérus dans la cavité glénoïde. Durant quelques jours, la température remonte à 48°, puis retombe à la normale. Pendant ce temps, la tuméfaction de l'épaule augmente et à la partie antérieure de la région, sous le deltoïde, on voit se dessiner une masse arrondie, grosse comme une mandarine, nettement fluctuante. La palpation superficielle est très sensible à ce niveau, les mouvements imprimés à l'articulation scapulo-humérale sont par contre peu douloureux.

Le 24 juillet, c'est-à-dire 19 jours après la défervescence, on pratique une ponction au grand trocart sur la face antérieure du deltoïde, à un doigt en dehors de l'espace deltopectoral. Il s'écoule un pus très épais, grumeleux, jaunâtre, ayant tout l'aspect présenté en général par le pus à pneumocoque. Ni l'examen direct de ce pus sur lamelles, ni son ensemencement sur bouillons ou géloses exposés à l'étuve à 35° ne permirent de déceler le moindre microbe.

Des souris inoculées avec un centimètre cube de ce pus restèrent indemnes.

La tumeur sous-delloïdienne, après cette ponction, commença par s'affaïsser, et la palpation en devient moins douloureuse ; mais après quelques jours, la collection se reforma, si bien que trois semaines après la première ponction on fut obligé d'en pratiquer une seconde au point fluctuant. On recueillit cette fois, en petite quantité, un liquide non plus purulent, mais séreux et citrin. Dans ce liquide, comme dans le premier, on ne put déceler aucun microbe, et la souris

resta insensible à son inoculation. Quelques jours plus tard le malade sortit guéri.

OBSERVATION 16

Périarthrite chronique suite de contusion (in Gauthier).

V..., 45 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 18 septembre 1874.

A fait, il y a six semaines, une chute dans sa chambre. Forte contusion du bras, de l'épaule et du sein, ecchymose considérable. Ne peut se servir qu'incomplètement de son bras. Deux mouvements surtout sont limités.

L'abduction et la rotation en dehors, à tel point que la malade ne peut écarter le bras du tronc qu'à 15 centimètres environ et atteindre avec beaucoup *de peine la région fessière du côté malade.*

Dans le mouvement d'abduction, l'omoplate est entraînée à partir de 60 environ.

22 décembre. — Rupture des adhérences. Craquements nombreux. Pendant deux heures sensation douloureuse dans l'épaule.

23 décembre. — Mouvements toujours douloureux.

25 décembre. — Mouvements un peu gênés, mais *grande difficulté pour atteindre la fesse droite.*

29 décembre. — Va bien, sort guérie.

OBSERVATION 17.

Périarthrite chronique suite de luxation. In th. Gauthier.

R..., 65 ans, couturière, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 30 novembre 1874. Salle Sainte Marthe, service de M. Duplay, pour une affection du membre thoracique gauche, consécutive à une luxation scapulo-humérale datant du 15 août der-

nier. Cette luxation avait été réduite par le procédé de douleur, à la première tentative, et sans chloroforme. Aucune complication. Le malade n'a pu se servir de son bras et spécifique qu'immédiatement après la réduction, on a constaté une paralysie portant sur la totalité du membre supérieur épaule, coude et main.

État actuel. — Le moignon de l'épaule est élevé, porté en arrière, rapproché du plan médian. Rien d'anormal du côté de la région sus et sous-claviculaire ; il en est de même à la région postérieure. La région deltoïdienne est aplatie, moins prononcée que du côté sain et présente un peu plus de consistance. La paroi antérieure du creux axillaire ne paraît pas allongée. Le membre est dans un léger degré d'abduction et un peu en avant. L'avant-bras est fléchi sur le bras dans une situation moyenne entre la pronation et la supination. La main est également fléchie sur l'avant-bras, et inclinée sur le bord cubital. Les doigts présentent l'aspect de la main en griffe. Les deux derniers sont effilés en fuseau.

L'avant-bras vers son bord cubital présente un œdème assez dur, beaucoup plus prononcée à la région dorsale de la main. La face palmaire et les doigts offrent une légère coloration violacée, l'épiderme est moins épais.

L'éminence hypothénar est moins volumineuse que du côté sain. La masse qui répond au palmaire cutané a presque disparu. Le court abducteur du petit doigt paraît diminué de volume. Il existe une disposition remarquable des doigts à se réunir vers la ligne médiane, ce qui donne un aspect concave à la face palmaire de la main.

Symptômes fonctionnels. — Le malade peut exécuter sans que l'omoplate participe au mouvement l'abduction du bras jusque vers 30° et le ramener et l'appliquer contre le tronc.

Dans les mouvements en avant et en arrière, l'omoplate

semble suivre de plus près les mouvements de l'humérus.

La rotation est douloureuse et limitée : il en est de même de la circumduction. L'avant-bras semble immobile, la flexion et l'extension sont difficiles et douloureuses. Les mouvements du radius et du cubitus sont douloureux dans l'articulation radio-cubitale inférieure ; rien dans la radio-cubitale supérieure. L'extension de la main sur l'avant-bras se fait complètement. Les mouvements des articulations métacarpo-phalangiennes sont très limités. La main et les doigts exécutent des mouvements de flexion involontaires. Le pouce est ramené dans l'adduction et un peu fléchi. En excitant la peau de la paume de la main, on détermine des contractions dans les muscles de l'éminence hypothénar ; contraction qu'on n'obtient pas du côté sain.

Troubles de la sensibilité. — La malade éprouve sans cause des douleurs vives à la face externe du moignon de l'épaule, à la face externe du bras, et surtout sur le bord cubital de la main et dans les deux derniers doigts. On trouve, par la piqûre à l'épingle, de l'anesthésie sur la face interne du bras, de l'avant-bras et sur la moitié interne de la face antérieure de ce dernier, tandis qu'il existe de l'hypéresthésie sur l'auriculaire et l'annulaire. La sensation des autres doigts est physiologique. La sensibilité à la pression est conservée partout, excepté sur la face interne de l'avant-bras où elle a complètement disparu, et en cet endroit les sensations sont retardées, et la température des corps chauds et froids mal appréciée par la malade.

Exploration de l'épaule. — Aucune douleur dans la région sus-claviculaire. La pression dans la fosse sus-épineuse est un peu douloureuse à la région externe. Rien dans la fosse sous-épineuse. En avant, point douloureux dans le sillon qui sépare le deltoïde du grand pectoral. A la région externe du

bras, à deux travers de doigt au-dessous de l'acromion, la pression détermine une très vive douleur.

Douleur spontanée sur le trajet du nerf cubital, très prononcée dans la gouttière épithrocléo-oléocrânienne, et dans les deux derniers doigts. Cette douleur est parfois beaucoup plus vive que celle que l'on détermine par la pression du cubital du côté sain. Aucune lésion dans l'articulation de l'épaule.

8 décembre. — Anesthésie chloroformique, rupture des adhérences, en faisant exécuter de grands mouvements d'abduction, d'adduction, rotation et circumduction ; à chacun d'eux, on constate par l'application de la main, et bien mieux encore, par l'oreille, des craquements très forts.

Dans la journée, le malade n'a presque pas souffert, pas de fièvre.

Le lendemain, on fait exécuter des mouvements ; on place l'avant-bras et la main de la malade à la région occipitale ; ces mouvements sont très douloureux, on constate que l'omoplate est encore entraînée, mais peu, il reste probablement encore quelques adhérences, du reste la malade se contracte.

Les muscles fléchisseurs se contractent un peu sous l'influence de l'électricité, mais le deltoïde et les extenseurs sont complètement paralysés. Electrification.

Le 12. — La malade peut faire elle-même quelques mouvements ; porter la main sur sa tête. L'œdème a diminué. Les fourmillements du petit doigt et de l'index ont disparu. La sensibilité sur le bord cubital est un peu revenue. La malade le déclare elle-même, et on le constate par l'exploration. La main est moins fléchie, moins portée sur le bord cubital. L'omoplate est toujours entraînée un peu avant que le bras atteigne l'horizontale.

Le 14. — L'œdème a disparu à l'avant-bras, mais persiste toujours à la main. On fait exécuter des mouvements aussi étendus que possible.

Le 16. — Les muscles paralysés se contractent un peu mieux, ce qui permet plus de mouvements spontanés.

Le 18. — Même état, encore un peu d'œdème de la main.

Le 23. — Les mouvements sont plus faciles et plus étendus. La malade ne projette plus son bras, mais peut l'élever seulement, fléchit et étend son bras. Les articulations métacarpo-phalangiennes sont plus libres.

Le 26. — Peut porter sa main à son oreille droite, en passant derrière la nuque, et exécuter tous les mouvements. Sa main seule conserve de la raideur ; on fléchit les doigts et on l'oblige à rouler un étui de thermomètre.

On électrise toujours les muscles du bras, avant-bras, éminence thénar et hypothénar.

Le 30. — L'œdème de la main a disparu et les mouvements des doigts sont moins douloureux, la main est à peine inclinée sur le bord cubital.

4 janvier 1875. — Le pouce jouit de tous ses mouvements et l'omoplate n'est plus entraînée ; même état des articulations du métacarpe et des phalanges.

Le 16. — Amélioration sensible, plus de raideur, aucune douleur.

Le 25. — La malade sort complètement guérie, pouvant porter jusque sur la tête un poids de 3 kilos et demi.

Cette observation est un beau type de péri-arthrite scapulo-humérale se compliquant de paralysie radiale, avec névrite du cubital et du brachial cutané interne, ce qui explique les troubles observés, fourmillements, œdème et cyanose.

OBSERVATION 18

Périarthrite chronique. Suite de luxation. Autopsie.
(Mémoire de M. Duplay).

Le nommé G... Charles, âgé de 53 ans, carreleur, fit dans le courant de décembre 1869 une chute sur l'épaule gauche. Huit jours après il entre à l'Hôtel-Dieu, où l'on reconnut une luxation de l'épaule qui fut réduite très facilement et sans chloroforme. Pendant quinze jours, le malade garda le bras dans une écharpe et s'appliqua des cataplasmes sur l'épaule, puis partit pour Vincennes où il fut traité par le massage et les frictions. Les mouvements de l'épaule étaient alors extrêmement gênés, et le 26 février, à sa sortie de Vincennes, le malade ne put reprendre son travail.

Il entre à l'hôpital Beaujon le 5 mars 1870.

Aucune autre déformation de l'épaule qu'un léger aplatissement du deltoïde. Les mouvements du bras sont extrêmement limités. Les mouvements ne se passent pas dans l'articulation scapulo-humérale, mais aux dépens du scapulum qui se meut avec le bras. Dans le mouvement d'abduction principalement, on voit la pointe du scapulum se porter en dehors et faire saillie sous la peau, de telle sorte que l'angle formé par l'axe de l'humérus d'une part et l'axe de l'omoplate d'autre part reste le même et mesure environ 45°.

D'ailleurs le mouvement d'abduction a beaucoup perdu de son étendue puisque le malade n'arrive qu'avec beaucoup de difficulté à mettre son bras dans la direction horizontale.

Les mouvements en avant et en arrière s'accompagnent aussi d'un déplacement correspondant de l'omoplate. Enfin, les mouvements de rotation qui sont du reste extrêmement limités et très douloureux déterminent immédiatement le

déplacement du scapulum dont la pointe s'élève et s'abaisse suivant que la rotation a lieu en dedans ou en dehors.

Le malade n'accuse au niveau même de l'articulation aucune douleur spontanée ou provoquée par la pression. Il faut excepter cependant l'apophyse coracoïde où la pression éveille une douleur assez vive. Le malade souffre seulement lorsqu'on imprime des mouvements au bras ou lorsqu'il cherche à en exécuter lui-même : et il rapporte le siège de ces douleurs au niveau de l'acromion et aux attaches du deltoïde. Le malade se plaint encore d'une douleur assez vive à la partie inférieure et interne du bras. L'avant-bras est dans la demi-flexion et lorsqu'on essaie de le redresser, on détermine une vive douleur au pli du coude et au niveau de l'apophyse coracoïde. Les deux derniers doigts de la main ont aussi perdu de leur mobilité et le malade ne peut serrer aussi vigoureusement de la main gauche que de la main droite ; enfin il accuse des fourmillements et du refroidissement dans les deux derniers doigts, dans toute la moitié interne de la paume et de la région dorsale de la main.

Le 12. — Le malade chloroformé et le scapulum solidement fixé avec des alèzes, M. Duplay imprime au bras des mouvements très étendus, dans tous les sens. On entend des craquements secs et forts tandis que la main appuyée sur l'épaule perçoit de la crépitation. Cataplasme.

Le lendemain, ni gonflement ni douleur.

Mobilisation de l'article. Douches froides. Liniment ammoniacal camphré.

Ce traitement est continué jusqu'au 16 avril. A cette date, le malade demande sa sortie. Il peut exécuter presque aussi aisément que du côté sain les divers mouvements de l'épaule. Il porte la main sur sa tête et met le bras dans la position horizontale, sans que le scapulum se déplace, et c'est seu-

lement lorsque le membre s'élève au dessus de l'horizontale que la pointe du scapulum commence à se porter en dehors.

Il reste encore un peu de raideur au pli du coude, une sensation persistante de fourmillements et d'engourdissements à la partie interne de la main et dans les deux derniers doigts.

Le 5 mai. — Le malade rentre de nouveau à l'hôpital après de nombreux excès alcooliques. Il présente un état général des plus graves ; fièvre vive, congestion pulmonaire. Trois jours après il meurt subitement.

Autopsie. — La mort a été causée par une congestion pulmonaire intense.

Afin de se rendre un compte exact des lésions on dissèque comparativement les deux épaules.

Du côté droit, le deltoïde épais, rouge, est séparé à sa face profonde de l'extrémité supérieure de l'humérus par un tissu cellulaire lâche lamelleux, revêtant les apparences d'une large bourse séreuse.

Les tendons des muscles qui s'attachent à la tête de l'humérus sont nacrés, brillants; on constate manifestement l'existence d'une bourse séreuse entre les parties et la voûte acromio-coracoïdienne.

La capsule fibreuse et les surfaces articulaires sont absolument normales.

L'épaule gauche présente de notables altérations. Le deltoïde semble peu atrophié, mais son tissu est beaucoup plus pâle que celui du côté opposé. Au lieu du tissu cellulaire lâche et lamelleux qui à droite occupe la face profonde du muscle, on trouve un tissu fibreux extrêmement résistant constituant des brides, des lames irrégulièrement disposées et qui dans plusieurs points, unissent le deltoïde à l'extré-

mité supérieure de l'humérus ; il n'existe plus aucune trace de cette vaste bourse que l'on trouve manifestement à droite.

Les tendons des muscles sus-épineux, sous-épineux, petit rond et sous-scapulaire, ont perdu leur aspect brillant et nacré ; leur surface est comme dépolie et jaunâtre ; il en est de même de la face inférieure de l'acromion qui répond à l'extrémité supérieure de l'humérus. Il est évident que la bourse sous-acromiale a été le siège d'une inflammation, suivie d'épaississement de ses parois ; mais on ne rencontre pas d'adhérences anormales, de brides fibreuses à ce niveau. Il est même impossible de retrouver des vestiges d'adhérences qui auraient été rompues dans les manœuvres faites quelques semaines avant : tandis que l'on constate aisément à la face profonde du deltoïde l'existence de brides fibreuses dont les points d'attaches ont été arrachés.

La capsule fibreuse de l'articulation est légèrement épaissie, surtout à la partie inférieure. (On sait qu'il y a eu autrefois luxation en dedans de la capsule), le tissu cellulaire qui l'entoure est notablement épaissi, transformé en tissu fibreux, et traversé dans l'étendue de quelques centimètres, par les nerfs cubital et brachial cutané interne, intimement accolés l'un à l'autre. Dans toute cette portion de leur trajet, ces deux cordons nerveux sont le siège d'une rougeur et d'une injection marquées. Enfin les surfaces articulaires, entièrement libres d'adhérences, présentent une apparence tout à fait normale et comparable à celle du côté sain.

OBSERVATION 19

Périarthrite chronique de l'épaule droite à la suite de fracture de la clavicule. In Gauthier.

X..., âgée de 50 ans, entre le 7 décembre 1874 à l'hôpital Saint-Antoine dans le service M. Duplay.

Il y a sept semaines a fait une chute sur l'épaule droite. Fracture de l'extrémité externe de la clavicule. Aujourd'hui la malade se plaint de ne pouvoir se servir de son bras.

Aucune déformation. Pas de lésions articulaires. Un seul point douloureux, celui que l'on retrouve toujours, à quatre centimètres au-dessous de l'acromion.

Tous les mouvements spontanés sont possibles, mais douloureux et peu étendus ; le moignon de l'épaule se meut en masse. Impossibilité à la malade de mettre la main sur l'épaule opposé, *de la porter en arrière au niveau du rachis*. Si l'on cherche à exagérer ces mouvements, on détermine de la douleur. L'omoplate comme dans tous les cas observés est entraîné à partir de 45°, sur les mouvements d'abduction. On arrive à élever le bras jusqu'à l'horizontale, mais on détermine une vive douleur. La malade paraît accuser un peu d'hyperesthésie.

Les renseignements sont très vagues, car elle est étrangère et comprend fort peu ce qu'on lui demande.

Le 15. — On rompt de nouveau les adhérences après anesthésie. On entend surtout dans l'abduction et la rotation en dedans de violents craquements. Echarpe.

Le 16. — On fait exécuter des mouvements aussi étendus que possible ; douleurs excessives. Rien d'articulaire.

Le 17. — Le bras se meut déjà un peu mieux.

Le 20. — L'omoplate suit toujours. On renouvelle dans

le chloroforme les mouvements. On constate encore des craquements.

Le 23. — On a obligé la malade, qui ne cherche nullement à hâter sa guérison, à tenir pendant cinq minutes environ son bras parallèlement à sa tête en saisissant la barre transversale de son lit.

Le 25. — Les mouvements sont beaucoup plus libres, et surtout l'abduction, la malade tricote, ce qu'elle ne pouvait faire depuis sa chute. On a recours à l'électricité et on constate que la contractilité musculaire du deltoïde est bien conservée.

Le 27. — La malade jouit à peu près de tous ses mouvements, conserve cependant de la gêne. L'omoplate du reste est toujours entraînée un peu avant que le bras arrive à l'horizontale.

Le 31. — L'amélioration a continué.

La malade sort dans les premiers jours de janvier quoique n'étant pas complètement guérie, mais ayant recouvré en grande partie les mouvements de son épaule.

OBSERVATION 20

Antécédents rhumatismaux au cours d'une périarthrite chronique

Suite de contusion.

(Du mémoire de Duplay).

C... Julien, 52 ans, journalier. Entre le 8 mars 1870 à l'hôpital. Le 6 janvier il a fait une chute sur l'épaule droite. Les mouvements restent assez gênés pour lui imposer un repos complet de douze jours. Se borne à faire des frictions et à appliquer des cataplasmes et reprend son travail. Entre enfin à l'hôpital deux mois après l'accident.

L'épaule droite est élevée, le creux sous-claviculaire du même côté est fortement déprimé; le deltoïde flasque ou

déprimé ne fait pas relief, comme du côté opposé, et le malade accuse quelques douleurs au niveau des attaches des muscles de l'humérus, la tête est légèrement inclinée vers l'épaule droite.

Les mouvements du bras, surtout en haut, sont toujours difficiles et très limités, car il est aisé de voir, en examinant le malade par derrière, que ces mouvements ne se passent pas dans l'articulation scapulo-humérale, mais qu'ils sont tous exécutés par le scapulum qui se déplace avec l'humérus. Quand les deux bras sont maintenus rapprochés du tronc les deux omoplates restent parallèles, mais si on vient à écarter le bras droit et à lui imprimer un mouvement d'élévation, on voit aussitôt la pointe du scapulum se porter en dehors et faire saillie sous la peau. Ce mouvement d'élévation du bras est d'ailleurs très limité et le malade n'arrive qu'avec beaucoup de peine à mettre le membre dans la position horizontale; enfin pendant que ce mouvement s'exécute, l'angle formé par l'axe de l'humérus d'une part et par l'axe du scapulum d'autre part reste exactement le même et invariable, ce qui n'a pas lieu du côté opposé. Si on engage le malade à porter fortement ses bras en avant et à les croiser sur sa poitrine, on voit encore la pointe du scapulum du côté droit se porter en dehors et en même temps se détacher du tronc en arrière où elle fait une saillie très appréciable.

Cependant, si après avoir fixé le scapulum, on cherche encore à imprimer des mouvements au bras droit, on constate que quelques-uns de ces mouvements très peu étendus, se passent en réalité dans l'articulation scapulo-humérale et qu'ils s'accompagnent de craquements, de crépitation perceptibles à l'oreille et surtout à la main appliquée sur le moignon de l'épaule.

Les mouvements spontanés ou communiqués s'exécutent

presque sans douleur pourvu qu'on ne cherche pas à les porter trop loin, car, au-delà d'une certaine limite, assez restreinte, ils deviennent douloureux, et aussitôt les muscles de l'épaule, en particulier ceux de la partie postérieure, se contractent avec force et opposent une résistance invincible.

La douleur à la pression est nulle au niveau de l'articulation, si ce n'est pourtant en un point limité en arrière de l'acromion.

Enfin le malade accuse une sensation de fourmillement, vers la partie interne du membre, et un engourdissement, avec diminution de la sensibilité des deux derniers doigts.

Du 9 au 11. — Repos et bains.

12. — Chloroformisation, puis, le scapulum étant solidement fixé à l'aide de deux lacs, placés l'un transversalement embrassant la partie supérieure du tronc, l'autre verticalement embrassant l'épaule droite, on imprime au bras des mouvements étendus en tous sens.

Craquements. Echarpe et cataplasmes.

Le 13. — Quelque douleur et un peu de crépitation encore. Tous les muscles de l'épaule se contractent avec énergie, sauf le deltoïde. Le malade fait lui-même de la gymnastique articulaire. Frictions. Douches froides. Au bout de deux semaines, une bronchite se déclare, en même temps le malade est pris de douleurs rhumatismales avec gonflement et épanchement intra-articulaire, qui occupent successivement le poignet du côté droit, puis les deux genoux; ces accidents ne présentent pas d'ailleurs une grande intensité et cèdent au bout de quelques jours.

Le malade quitte l'hôpital le 6 avril, à peu près guéri.

OBSERVATION 21

Péri-arthrite chronique Suite de contusion chez un rhumatisant (Mémoire de Duplay).

C..., âgé de 46 ans, blanchisseur, entre à Beaujon le 15 avril 1871. Il y a 5 semaines, ce malade est tombé de la hauteur d'un premier étage, dans les circonstances suivantes : il était monté sur une échelle à laquelle il avait donné trop de pied lorsque celle-ci vint à glisser sur le trottoir ; il porta alors les deux bras en avant, et tomba ainsi sur son bras droit, qui eut à supporter le poids du corps. Deux jours après, souffrant davantage, il se rend à la consultation de Lariboisière.

Ce malade est *rhumatisant* ; il a été traité, il y a sept ans, pour une arthrite rhumatismale des deux genoux. C'est du reste, la seule manifestation rhumatismale qu'on trouve dans ses antécédents. Il n'a notamment jamais souffert de l'épaule droite, quoique sa profession de blanchisseur l'expose à des refroidissements fréquents et nécessite un exercice souvent immodéré de l'articulation.

Le 25 avril. — Il entre dans le service de M. Duplay, se plaignant de douleurs dans l'épaule.

Etat actuel. — Aspect extérieur. Moignon de l'épaule moins arrondi à droite qu'à gauche. Angle externe de l'acromion plus saillant, région deltoïdienne plus flasque. Fosses sus et sous épineuses légèrement déprimées quoique le sujet soit d'ailleurs fortement musclé. En somme tous les signes d'une atrophie du deltoïde et des muscles sus et sous épineux.

Mouvements. — Au moindre mouvement volontaire ou communiqué du bras droit, on voit l'omoplate se déplacer

soit en totalité, soit par un mouvement de bascule, de telle sorte que l'angle formé par le côté axillaire de cet os et le bras demeure invariable. En d'autres termes l'articulation scapulo-humérale reste complètement étrangère aux mouvements du membre supérieur. Mouvements d'abduction très limités, quant on fixe le scapulum. Ainsi que les mouvements en avant, en arrière, de rotation et de circumduction.

Cependant les mouvements communiqués ou volontaires existent encore dans une certaine étendue lorsque l'omoplate est laissée libre. Mais ils sont dus en grande partie à des déplacements de l'omoplate qui sont de deux ordres : 1° Déplacement de l'os en totalité, ayant son point de départ dans l'articulation sterno-claviculaire ; 2° déplacement par bascule, ayant leur siège dans l'articulation acromio-claviculaire.

Sensibilité. — Pas de douleurs spontanées au repos. Mais il y en a de provoquées par les mouvements et par la pression. Elles ont leur siège dans la partie supérieure et externe de la région deltoïdienne à deux travers de doigt audessous du bord externe de l'acromion, *sur le trajet du nerf circonflexe.*

C'est en vain que j'ai cherché un foyer douloureux au niveau du point d'émergence du rameau cutané de l'épaule ; il n'en existe pas au niveau des insertions du muscle deltoïde.

Le 28. — Anesthésie. Rupture des liens fibreux. Gros craquements. Frictions, douches froides, gymnastique de l'article.

10 mai. — Nouvelle séance sous chloroforme.

22 mai. — Les mouvements sont beaucoup plus libres et plus étendus ; l'abduction dépasse facilement l'angle droit,

en fléchissant l'avant-bras, le malade atteint par dessus la tête l'oreille du côté opposé. Le malade demande son exeat. Il a pu reprendre son travail.

OBSERVATION 22

**Péri-arthrite chronique chez une rhumatisante.
Suite de contusion. (In Duplay).**

K..., âgée de 44 ans, tombée il y a six mois du haut d'une charrette sur l'épaule gauche. Frictions avec du baume tranquille. Echarpe pendant neuf jours. Immobilisation très incomplète. A ensuite repris son travail de ménage, mais sans pouvoir se servir du bras gauche, surtout sans pouvoir l'élever. Douleurs spontanées, plus fortes pendant la nuit. Douleurs par les mouvements et à la pression.

La malade a eu, il y a quelques années *une attaque de rhumatisme aux genoux* ; qui l'a tenue pendant trois mois. Depuis cette époque elle n'a plus eu que des manifestations rhumatismales insignifiantes, douleurs musculaires, etc.

Etat actuel. — Aspect extérieur. Bras en légère abduction. Avant-bras fléchi à angle droit sur le bras. Moignon de l'épaule abaissé, moins arrondi que celui du côté opposé. Pas d'atrophie du deltoïde. Creux sous-claviculaire un peu effacé, bord spinal et angle de l'omoplate légèrement saillant.

Mouvements volontaires. — L'élévation reste en deçà de l'angle droit ; elle se fait par saccade et s'accompagne de douleurs en avant de l'articulation, le deltoïde se contracte peu, comme on peut s'en assurer en appliquant le plat de la main sur l'épaule pendant que se produit le mouvement. L'omoplate glisse de dehors en-dedans et vient faire une forte saillie à la partie postérieure de l'aisselle.

Flexion jusqu'à l'angle droit à peu près, avec déplacement de l'omoplate en dehors. Sa face antérieure s'appliquant fortement contre la paroi postérieure du thorax, adduction jusqu'à application facile du bras contre le tronc. Mais le bord spinal, au lieu de faire un angle ouvert en bas avec la parallèle à la ligne des apophyses épineuses, comme celui du côté opposé, se trouve porté en dedans de cette ligne par son extrémité inférieure et devient saillant.

Extension allant jusqu'à quatre travers de doigt en arrière du plan tangent à la face postérieure du tronc.

Mouvements communiqués. — L'abduction, sans immobilisation de l'omoplate va jusqu'à l'angle droit, avec immobilisation de cet os, elle ne dépasse pas 45°; encore faut-il se rappeler que déjà au repos, le bras est dans l'abduction légère, le coude se trouvant écarté du tronc de cinq travers de doigt. Les autres mouvements sont en proportion. Les mouvements du coude et du poignet sont aussi affectés quoiqu'à un degré beaucoup moindre; la supination est incomplète. Les mouvements de flexion, d'extension et de pronation, quoique complets, sont affaiblis. La contractilité électrique est très bien conservée.

Sensibilité. — Douleurs spontanées, sourdes pendant le jour, plus fortes et lancinantes pendant la nuit, localisées : 1° au-dessous du bord externe de l'acromion sur le trajet du nerf circonflexe; 2° à l'insertion inférieure du deltoïde; 3° aux insertions humérales du grand supinateur et des radiaux et à la partie inférieure de la gouttière bicipitale externe sur le trajet du radial; 4° en arrière des insertions supérieures des muscles épicondyliens. Il y a en outre des douleurs provoquées : 1° par les mouvements volontaires ou communiqués, elles ont les mêmes sièges que les précédentes, 2° par la pression, elles ont encore le même siège, sauf pour l'insertion deltoïdienne inférieure où la douleur à la pression

est nulle ; seule, la douleur sous-acromiale est assez forte.

Le 15. — Anesthésie. Mouvements forcés. Craquements. Traitement électrique ; liniment ammoniacal camphré. Douches, gymnastique de l'article.

Le 16. — Pas d'accidents. Même traitement.

20. — Amélioration considérable. Les mouvements volontaires vont facilement au-delà de l'angle droit. Douleurs moindres.

30. — La malade va de mieux en mieux, les mouvements ont presque leur étendue normale, sont encore gênés et lents lorsqu'elle sort le 16 juin.

OBSERVATION 23

Péri-arthrite chronique chez un rhumatisant (Desplats).

C..., Léopold, 51 ans, cordonnier, père de cinq enfants bien portants.

Rentré en France, après une traversée de sept mois, pendant laquelle, il souffrit beaucoup du froid, cet homme éprouva pendant les hivers de 1854 et 1855 des douleurs rhumatismales dans les deux épaules. A la suite de l'immobilité prolongée il se produisit dans ces articulations des adhérences qu'on dut rompre à plusieurs reprises.

Sa guérison fut complète et jusqu'au mois de janvier 1878, les mouvements de ses épaules furent parfaitement libres.

Il entre le 23 janvier à l'hôpital, se plaignant de vives douleurs dans le coude et l'épaule gauche. Il faisait remonter le début à un mois environ.

Le jour de l'entrée, apyrexie, léger gonflement du coude, immobilité de l'épaule attribuée à la douleur. Bains sulfureux, frictions.

3 février. — Salicylate de soude.

Effet nul. Suppression au bout d'un mois.

3 mars. — On constate de l'atrophie des muscles de l'épaule : deltoïdesus et sous-épineux, grand dorsal : à ce moment l'exploration du plexus brachial montre qu'il est très sensible à la pression. Quelques jours après, le malade étant anesthésié, les adhérences furent rompues sans difficulté et on administra, pendant les jours suivants, une double douche froide.

21. — Les douleurs étaient très vives et ne permettaient pas au malade d'essayer un mouvement. Elles occupaient toujours les points signalés dans la périarthrite scapulaire.

25. — Nouvelle anesthésie et rupture des adhérences qui s'étaient reproduites.

5 avril. — Troisième et dernière anesthésie.

Pendant ce temps le plexus brachial était toujours douloureux à la pression et il y avait de l'atrophie des muscles signalés plus haut, le tissu cellulaire était notablement épaissi et il se produisait sur l'épaule, dans le dos et sur le bras une éruption de boutons assez rares, mais volumineux et dont la cicatrisation était très difficile.

En même temps que disparaissait la douleur au niveau du plexus brachial et sur tous le trajet des nerfs, s'effaçaient tous les signes de l'atrophie et le malade pouvait récupérer tous les mouvements.

La guérison était complète à la fin du mois de mai.

OBSERVATION 24

Périarthrite chronique à la suite d'un phlegmon compliqué d'érysipèle du membre supérieur. (Mémoire de M. Duplay).

K... Jacques, âgé de 43 ans, tourneur en cuivre, entre le 14 septembre 1869, à la Pitié, pour une raideur de l'épaule

droite, survenue dans des circonstances assez intéressantes.

Au début du mois de juin dernier, cet homme entra chez M. Broca pour un phlegmon suppuré de la région palmaire de la main, qui remontait le long de la face antérieure de l'avant-bras. Plusieurs incisions furent pratiquées et le malade condamné à porter son bras en écharpe. A peu près guéri vers la fin du mois, il se disposait à partir pour Vincennes, quand un érysipèle se déclara qui envahit la main, l'avant-bras, le bras, enfin l'épaule où il se limita.

Quinze jours après, il partait pour Vincennes, le bras toujours en écharpe. A son retour seulement il rendit la liberté à son membre thoracique. Celui-ci avait donc subi deux mois d'immobilisation et lorsque il voulut reprendre son travail, il s'aperçut que son épaule était le siège d'une raideur considérable, en même temps que ses doigts ne pouvaient que difficilement être fléchis. Malgré ces difficultés, il se remit à ses occupations ; mais voyant que son état ne s'améliorait pas, il se décida à prendre un lit à la Pitié, salle St-Louis.

Etat actuel. — Les deux bras croisés sur la poitrine, on constate que l'épaule droite paraît moins saillante que la gauche, le deltoïde est légèrement atrophié. La peau est mobile et n'offre pas de changement de coloration. La pression exercée sur les différents points de l'articulation ne réveille aucune douleur, si ce n'est au niveau du sillon delto-pectoral.

Les différents mouvements sont considérablement modifiés. L'élévation est complètement impossible.

Quand on commande au malade de lever le bras et de le porter sur sa tête, c'est à peine s'il parvient à arriver à la position horizontale. Il est facile de voir que l'épaule tout

entière s'élève en même temps. Les mouvements de rotation sont très limités et douloureux.

La plupart de ces mouvements se passent dans l'articulation scapulo-humérale, mais dès qu'ils sont un peu étendus l'humérus entraîne avec lui l'omoplate. Il est de plus aisé de voir que les rapports du bras avec l'omoplate ne changent pas, que l'angle formé par les axes de ces deux os reste toujours le même, quels que soient les mouvements du bras. Mais pour que ce résultat se produise, le scapulum est obligé de se mouvoir autour de son axe, à la manière d'un mouvement de sonnette ; il éprouve des mouvements de bascule et son angle inférieur vient faire une saillie plus ou moins volumineuse sous la peau.

Le 22 septembre. — M. Duplay, après avoir endormi le malade, rompt les adhérences, en imprimant au bras des mouvements de rotation, d'adduction, d'abduction et de circumduction. On entend distinctement un bruit de craquement. Echarpe et cataplasme.

Le lendemain, 23 septembre, l'élévation est assez facile, mais douloureuse. Le malade peut mettre la main sur sa tête. Les jours suivants les manœuvres sont répétées matin et soir ; il est possible de faire toucher avec la main l'oreille du côté opposé et même de la dépasser. Mais ces différentes manœuvres donnent naissance à des douleurs qui, d'abord erratives, se fixent à la partie externe du bras, au niveau de l'insertion deltoïdienne. Un vésicatoire volant est appliqué.

4 octobre. — Seconde séance dans laquelle M. Duplay imprime de nouveau des mouvements étendus au bras. Le malade se plaint le lendemain de quelques douleurs dans le deltoïde, mais elles disparaissent très promptement. Tous les jours matin et soir, on fait exécuter des mouvements à

l'épaule atteinte, tout en recommandant au malade de se livrer lui-même à des exercices qui fassent agir son membre.

Tout allait pour le mieux et promettait une guérison complète, quand le malade fut renvoyé de l'hôpital pour une faute disciplinaire.

OBSERVATION 25

**Périarthrite chronique suppurée. (In th. Juanchuto de Cambo)
d'origine tuberculeuse ?**

B.,... âgée de 24 ans, blanchisseuse, est entrée le 28 février 1879, à Lariboisière dans le service de M. Labbé.

De santé délicate, cette jeune femme, a eu deux enfants dont l'un est mort d'une fluxion de poitrine à l'âge de quatre mois, le second de la gourme à l'âge de trois mois. Pendant sa seconde grossesse elle a eu une arthrite de l'articulation tibio-tarsienne du côté droit survenue sans cause appréciable. Cette arthrite a disparu au bout de 7 mois. Comme antécédents de famille, on enregistre la tuberculose pulmonaire du côté paternel.

Il y a cinq mois environ vagues douleurs à l'épaule droite, douleurs exaspérées par le mouvement et la fatigue. Quelques jours après ce début, la malade, s'étant refroidie au lavoir, ressentit une gêne plus grande des mouvements du bras. Pas de gonflement articulaire.

Au mois de novembre, un médecin consulté ordonne des applications oïdées, et une médication antiscrofuleuse.

Depuis ce moment la gêne fonctionnelle devient de plus en plus grande, les téguments péri-articulaires sont un peu tendus et comme enflammés. Il y a sept semaines un médecin constate l'existence d'une collection purulente vers le tiers supérieur de la face antérieure du bras.

Une incision pratiquée laisse écouler une grande quantité de pus séreux.

A son entrée à l'hôpital, l'épaule droite ne paraît pas plus volumineuse que la gauche. Pourtant on remarque que la tête de l'humérus semble faire une légère saillie en avant. Le bras dans l'abduction est appliqué contre la paroi thoracique, l'avant-bras fléchi sur le bras. La palpation révèle un certain empâtement de toute la région. La pression sur le moignon de l'épaule fait sourdre un pus séreux par l'incision faite il y a sept semaines et qui ne s'est pas refermée.

A la partie postérieure on constate de la fluctuation. Les mouvements quoique bien diminués, ne sont pas abolis.

Douleur presque nulle.

On immobilise le membre. Teinture d'iode à l'extérieur. Arseniate de soude et huile de foie de morue à l'intérieur.

Dans les premiers jours de mars, œdème de tout le bras. On sent une fluctuation nette presque immédiatement au-dessous du deltoïde.

Incision large qui livre passage à une grande quantité d'un pus assez épais. Il existe un décollement très étendu, mais on ne trouve pas d'os dénudé (tubes à drainage).

Mieux sensible. Mais après une quinzaine de jours œdème à la partie inférieure du bras. Plusieurs incisions sont provoquées.

Compression, pansement phéniqué. La malade sort guérie au bout de deux mois.

CONCLUSIONS

Des faits que nous venons d'étudier découlent, d'après nous, les conclusions suivantes :

I. — La péri-arthrite scapulo-humérale consiste essentiellement en une inflammation aiguë ou chronique de la bourse séreuse sous-acromio-delhoïdienne et du tissu cellulaire qui l'entoure, inflammation qui peut être sèche ou s'accompagner d'un épanchement de nature variable, séreux ou purulent.

II. — Relativement fréquente, elle reconnaît pour causes le traumatisme sous ses différentes formes, le froid, le rhumatisme chronique, le rhumatisme articulaire aigu, la tuberculose et diverses infections.

III. — Elle se manifeste par de la douleur et des troubles dans les mouvements du bras : mouvement d'élévation et mouvement d'extension en arrière accompagné de rotation interne et d'abduction (*mouvement de bretelle*).

IV. — Sans gravité dans ses formes sèches, elle peut comporter, lorsqu'elle est suppurée, un pronostic des plus sérieux. Quelle que soit sa forme elle aboutit presque fatalement à l'atrophie plus ou moins complète et plus ou moins durable de la musculature de l'épaule.

V. — Le traitement de la péri-arthrite scapulo-humérale doit varier avec chacune de ses formes : repos et antiphlogistiques dans la forme aiguë sans épanchement, ouverture large et précoce de la poche dans le cas de péri-arthrite suppurée, enfin rupture des adhérences sous le chloroforme dans le cas de péri-arthrite fibreuse.

Vu : le Président de la thèse

HUTINEL

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bassompierre.** — Description d'une bourse séreuse crépitante sous-scapulaire. Th. Paris, 1875.
- Besnard.** — Hygroma suppuré de la bourse sous-deltôïdienne. Th. Bordeaux, 1887.
- Carcassonne.** — Amyotrophies scapulo-thoraciques au cours de la tuberculose pulmonaire Th. Paris 1900.
- Chauvel.** — Dictionnaire encyclopédique. Art. Scapulalgie.
- Desplats.** — Gazette hebdomadaire, 1878, p. 374.
- Duplay.** — Leçon clinique. Union médicale août 1872.
- Archives générales de médecine., novembre 1872.
- Semaine médicale 1896, p. 193.
- Duronéa.** — Essai sur la scapulalgie. Th. de Paris, 1873.
- Duval.** — Inflammation des bourses séreuses dans la pneumonie. Gaz. hôpitaux, Paris 1854.
- Gauthier.** — La péri-arthrite scapulo-humérale. Thèse de Paris, 1875.
- Gauthier de Charolles.** — Nouvelle interprétation pathogénique des amyotrophies arthropathiques. Lyon médical, 20 avril 1899.

- Gibney.** — Peri-arthritis : A study of forty seven cases.
New-York, 1880.
- Gosselin.** — Cliniques de la Charité, 1869.
- Jarjavay.** — Gazette hebdomad., 1867.
- Sidney Jones.** — The Lancet London, 1869.
- Juanchuto de Cambo.** — Th. de Paris, 1879.
- Kirmisson.** — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus,
tome VIII.
- Klippel.** — Arch. générales de Médecine, octobre 1897.
- Klippelet Durante.** — Des dégénérescences rétro-
grades dans les nerfs périphériques et les centres
nerveux. Revue de Médecine, 1895.
- Lejars.** — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.
Tome I.
- Masserell.** — Das hygroma der Bursa subdeltoidea.
- Martin.** — Hygromas tuberculeux. Th. Montpellier,
1880.
- Parisot.** — Pathogénie des atrophies musculaires. Thèse
d'agrégation, 1889.
- Poirier.** — Traité d'Anatomie.
- Raymond.** — Recherches expérimentales sur la patho-
génie des atrophies musculaires consécutives
aux arthrites traumatiques. Revue de médecine,
1890.
- Roustan.** — Des péri-arthrites. Montpellier médical,
1880.
- Robert (Alph.).** — Conf. de clinique chirurgicale, Hôtel-
Dieu, 1860.
- Richard.** — Hygroma à grains riziformes. Th. Paris,
1898.

Terrillon. — Sur le frottement sous-scapulaire. Archives de médecine, 1874.

Testut. — Traité d'Anatomie.

Valtat. — Th. Paris, 1877.

Vautrin. — Eléments de pathologie et de clinique chirurgicales. (Gross, Rohmer et Vautrin), tome III.

Wadon. — Th. Montpellier, 1880.

Widal. — Gaz. hebdomad. 1896.

